



## **RELATÓRIO DE TRABALHO DE PROJETO**

**“Cuidados de Enfermagem ao Cliente submetido a Traqueostomia/Traqueotomia”**

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Alice Ruivo

**Mónica Cristina Alves do Carmo**

Abril de 2014



## **RELATÓRIO DE TRABALHO DE PROJETO**

**“Cuidados de Enfermagem ao Cliente submetido a Traqueostomia/Traqueotomia”**

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Alice Ruivo

**Mónica Cristina Alves do Carmo**

Abril de 2014

## RESUMO

O 2.º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal contempla a redação de um relatório de trabalho de projeto, onde o mesmo procurará demonstrar a capacidade em identificar problemas e desenvolver soluções, de refletir sobre as ações realizadas e as suas implicações éticas e sociais e de comunicar adequadamente as suas conclusões. Ao longo deste relatório descrevemos todo o processo desenvolvido para a aquisição das Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, efetuamos ainda uma análise e reflexão do processo de aquisição das competências do mestre em enfermagem Médico-Cirúrgica.

Com a elaboração deste relatório pretendemos evidenciar o trabalho desenvolvido nos estágios I, II e III correspondentes à Unidade Curricular de Enfermagem Médico-cirúrgica I, e II respetivamente. Neste contexto elaboramos um projeto de intervenção no serviço (PIS), com base na metodologia de trabalho de projeto, tendo como objetivo melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao cliente submetido a traqueostomia/traqueotomia. Este trabalho permitiu o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista, nomeadamente, no domínio da melhoria contínua da qualidade, assim como o desenvolvimento da competência específica: K.1 - “Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença orgânica e/ou falência orgânica” (Regulamento n.º 124/2011).

No mesmo contexto de estágio, foram adquiridas e aprofundadas as restantes competências específicas do enfermeiro especialista em MC emanadas pela Ordem dos Enfermeiros, 2011, com a realização do projeto de aprendizagem clínica (PAC), desenvolvido no âmbito da prevenção da infeção associada ao cateterismo intravascular periférico e evacuação de doentes em caso de sinistro.

A aquisição do grau de mestre em enfermagem MC com competências de enfermeiro especialista tem por base a realização de todo o trabalho descrito.

**Palavras chave:** Enfermagem; Médico-Cirúrgica; Competências Comuns e Específicas; Mestre em Enfermagem; Metodologia Trabalho Projeto

## ABSTRACT

The 2<sup>nd</sup> Master's degree in Surgical and Medical Nursing of Setúbal's Health School of the Polytechnic Institute of Setúbal, contemplates the composing of a project work report, which seeks to demonstrate the ability to: identify problems and developing solutions, reflect on performed actions and their ethic and social implications and rightly notify their conclusions. Throughout this report we describe all of the process developed for the acquisition of the Common and Specific Skills of the Specialized Nurse in Nursing of the People in Critic Situation, we also prepared an analysis and reflection of the acquisition process of the skills of the Master in Surgical and Medical Nursing.

With the collaboration of this report, we intend to point out the developed work on the internships I, II and III correspondent to the Curricular Subject of Surgical and Medical Nursing I and II, respectively. In this context, we elaborated an intervention project on service (IPS), based on the work project methodology, having as a goal to improve the quality of nursing care given to the client submitted to tracheostomy/tracheotomy. This work allowed the development of the common skills of the specialized nurse, namely, on the grasp of the continuum improvement of quality, as in developing specific skills: "Taking care of a person who's experiencing complex processes of organic disease and/or organic failure." (Regulation n.º124/2011)

On the same internship context, we acquired and deepen the remaining specific skills of the specialized nurse in surgical and medical nursing, issued by the Nursing Order, 2011, with the elaboration of the clinical learning project (CLP), developed on the context of infection prevention associated to peripheral intravascular catheterization and evacuation of patients in sinister conditions.

The acquisition of Master's Degree in SM Nursing with specialized nurse skills is based on the execution of all the described work.

**Key Words:** Nursing; Surgical and Medical, Common and Specific Skills; Nursing Master; Work Project Methodology.



Agradeço a “algo” por não me deixar desistir, pois houve momentos, e muitos em que pensei desistir, foi difícil, muito... mas consegui, obrigada...

Agradeço à minha grande amiga Sofia pela motivação que me deu...

Agradeço ao meu amigo Tomás, pois ajudou-me em muitas situações de apuros informáticos...

Agradeço-te a ti, tu sabes quem és, por tudo, tudo...

Agradeço à Professora Alice Ruivo pela disponibilidade e colaboração dispensada na orientação de estágio e na redação do presente relatório...

E agradeço ao Enfermeiro Vítor Jacinto, pela tutoria dos meus estágios, sem o qual este momento de aprendizagem não teria sido tão proveitoso...

Muito obrigada...

## CHAVE DE SIGLAS

<b>CDC</b>	Center for Disease Control and Prevention
<b>ESS</b>	Escola Superior de Saúde de Setúbal
<b>IPS</b>	Instituto Politécnico de Setúbal
<b>Enf.º</b>	Enfermeiro
<b>MC</b>	Médico-Cirúrgica
<b>PAC</b>	Projeto de Aprendizagem de Competências
<b>PIS</b>	Projeto Intervenção no Serviço
<b>TID</b>	Teoria da Incerteza na Doença
<b>TRID</b>	Teoria Reconceptualizada da Incerteza na Doença

# ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>9</b>
<b>1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL</b>	<b>13</b>
1.1. CUIDADOS DE ENFERMAGEM – TRAQUEOSTOMIA/TRAQUEOTOMIA	17
<b>2. PROJETO DE INTERVENÇÃO NO SERVIÇO (PIS)</b>	<b>23</b>
2.1. ENQUADRAMENTO DO LOCAL DE ESTÁGIO	24
2.2. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	26
2.2.1. Definição Geral do Problema	28
2.2.2. Identificação dos problemas parcelares que compõem o problema geral	29
2.2.3. Determinação de Prioridades	30
2.2.4. Objetivos	30
2.3. PLANEAMENTO	31
2.4. EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO – DO PROPOSTO AO REALIZADO	32
2.5. SÍNTESE DAS APRENDIZAGENS E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS	38
<b>3. PROJETO DE APRENDIZAGEM DE COMPETÊNCIAS</b>	<b>43</b>
3.1. COMPETÊNCIA K2– “Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação.”	44
3.2. COMPETÊNCIA K3 – “Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.”	47
<b>4. COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA -     ANÁLISE CRÍTICA</b>	<b>53</b>
<b>5 . REFLEXÃO FINAL</b>	<b>58</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	

## APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Diagnóstico de Situação	65
APÊNDICE 2 – Questionário de identificação de necessidades de competências dos Enfermeiros	72
APÊNDICE 3 – Tratamento de dados, SPSS 20.0	78
APÊNDICE 4 – Análise SWOT	89
APÊNDICE 5 – Planeamento do PIS	91
APÊNDICE 6 – Divulgação da formação: <i>“Pessoa com Traqueostomia/Traqueotomia Cuidados de Enfermagem”</i>	100
APÊNDICE 7 – Plano da sessão: <i>“Pessoa com Traqueostomia/Traqueotomia - Cuidados de Enfermagem”</i>	102
APÊNDICE 8 – Sessão de formação: <i>“Pessoa com Traqueostomia/Traqueotomia - Cuidados de Enfermagem”</i>	105
APÊNDICE 9 – Norma de procedimento de enfermagem: <i>“Ensinos à Pessoa/Cuidador Traqueostomizado/Traqueotomizado”</i>	118
APÊNDICE 10 – Poster: <i>“Evacuação de doentes em caso de sinistro”</i>	127
APÊNDICE 11 – Divulgação da formação: <i>“Infeções associadas ao cateterismo periférico – flebite”</i>	129
APÊNDICE 12 – Plano da sessão: <i>“Infeções associadas ao cateterismo periférico – flebite”</i>	131
APÊNDICE 13 – Sessão de formação: <i>“Infeções associadas ao cateterismo periférico – flebite”</i>	134
APÊNDICE 14 – Observações: <i>“Infeções associadas ao cateterismo periférico – flebite”</i>	144
APÊNDICE 15 – Artigo: <i>“Pessoa Traqueostomizada – Cuidados de Enfermagem”</i>	146

## INTRODUÇÃO

Na prática diária o profissional de enfermagem é confrontado com o emergir de novos conhecimentos científicos o que exige uma atualização, quase constante, e o desenvolvimento de aptidões e competências, para que seja possível dar uma resposta adequada às necessidades dos clientes. O Decreto-Lei no 161/96 de 4 de Setembro no Artigo n.º 4 alínea 3 – Regime Jurídico do Exercício de Enfermagem, reconhece ao Enfermeiro Especialista “competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade” (p.8).

A Enfermagem é sem dúvida uma profissão e uma disciplina científica, caracterizada pela arte de cuidar, de cariz profissional, humanístico e científico. A sua afirmação, desenvolvimento e visibilidade na sociedade nos dias de hoje, só depende de nós, enfermeiros, com a responsabilidade de investir na nossa formação, atualizando os conhecimentos técnico-científicos e capacidades relacionais. Sendo neste sentido, que a realização do presente Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica contribui para o desenvolvimento profissional, de aquisição/desenvolvimento contínuo de competências, nomeadamente na área da pessoa em situação crítica, contribuindo para atingir o nível de perito, segundo Benner (2001), promovendo cuidados de qualidade e excelência que tanto se preconizam.

O curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, tem a finalidade de proporcionar um espaço de aprendizagem com vista ao desenvolvimento de competências especializadas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, tem previsto no plano de estudos, um conjunto de estágios articulados entre si em serviços/unidades relacionados com a área do curso (Nunes, Ruivo e Lopes, 2011).

No final do curso é esperado que se atinjam as competências comuns dos Enfermeiros Especialistas, as Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, definidas pela Ordem dos Enfermeiros. Assim como, as competências do enfermeiro Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros o enfermeiro especialista é o “enfermeiro habilitado com o curso de especialização de enfermagem (...), a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competências científicas, técnicas e humanas para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na sua área de especialidade” (Decreto – Lei nº161/96, de 4 Setembro, artigo 4º nº3). Assim o enfermeiro especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica tem como objetivo ajudar a pessoa/família a ultrapassar, atenuar ou suprimir, situações que operam como obstáculo e que são potencialmente geradoras de desvantagem ou seja, cuida a pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica. Aqui o enfermeiro especialista deve adquirir e mobilizar conhecimentos e habilidades múltiplas para garantir a qualidade dos cuidados em tempo útil e de forma holística.

O desenvolvimento deste trabalho e dos estágios pretende igualmente desenvolver as competências do Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Do ponto de vista académico e de acordo com Decreto-lei nº 74/2006, o ciclo de estudos do grau de mestre no ensino politécnico, deve assegurar “a aquisição pelo estudante de uma especialização de natureza profissional” (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2006, p. 2247). Em consonância com o decreto supracitado, ficou estipulado que um Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica deve:

- Demonstrar “competências clínicas específicas na concepção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem”;
- Realizar “desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas”;
- Integrar “equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva”;
- Agir “no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos”;
- Iniciar, contribuir para e/ou sustentar “investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência”;
- Realizar “análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando formação, a investigação, as políticas de saúde e administração em Saúde em geral e em Enfermagem em particular” (Nunes, Ruivo e Lopes, 2012 p.7).

Nos estágios, além do exercício clínico, espera-se que os mestrandos desenvolvam um Projeto de Intervenção em Serviço (PIS) e um Projeto de Aprendizagem Clínica (PAC).

A realização do PIS decorreu ao longo dos estágios I, II e III, num mesmo serviço ou unidade de cuidados, com um total de 864 horas, divididas entre o local de estágio, trabalho do formando em complemento com aportes teóricos na escola, iniciado em novembro de 2012 e término em outubro de 2013. O local escolhido para a realização destes estágios, foi o Serviço de Especialidades Cirúrgica numa unidade hospitalar do sul do país.

O PIS é “um plano de trabalho que se organiza fundamentalmente para resolver/estudar um problema e que preocupa os intervenientes que o irão realizar” (Ferrito, Nunes e Ruivo, 2010, p.4). Neste caso, segundo as mesmas autoras, além de uma investigação sustentada de determinado problema, pressupõe a intervenção para a resolução eficaz desse mesmo problema. O projeto é constituído pelas seguintes fases: elaboração do diagnóstico de situação; planificação das atividades, meios e estratégias; execução das atividades planeadas; avaliação e divulgação dos resultados obtidos.

O objetivo do PAC, é essencialmente a aquisição/aprofundamento das competências específicas do enfermeiro especialista, emanadas pela ordem dos enfermeiros, 2011, que não puderam ser desenvolvidas no PIS:

- K.1 – “Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença orgânica e/ou falência orgânica”*
- K2 – “Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação.”*
- K3 – “Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.”*

O presente relatório visa cumprir o desiderato de demonstrar a capacidade em identificar problemas e desenvolver soluções, de refletir sobre as ações realizadas e as suas implicações éticas e sociais e de comunicar adequadamente as conclusões do trabalho. Assim, apresentam-se como objetivos deste relatório:

- Caracterizar os serviços onde se desenvolveram as práticas clínicas, nomeadamente a Serviço de Especialidades Cirúrgicas e de Controlo de Infeção. Este último, onde realizámos um pequeno estágio de observação;
- Descrever e caracterizar as principais atividades desenvolvidas ao longo das práticas clínicas, relevando os momentos de maior interesse e destacando as principais

competências adquiridas;

- Refletir sobre as principais atividades e competências adquiridas, fundamentando-as cientificamente;
- Fornecer um referencial de análise e de avaliação para o estágio.

Pensamos que a Investigação em Enfermagem e a Qualidade são atividades necessárias para melhorar os cuidados de saúde e instrumentos base para a evolução da profissão. Acreditamos que é essencial recorrer à investigação, aos últimos dados/conhecimento, pela necessidade constante de compreender determinadas intervenções de enfermagem, e perceber fenómenos relacionados com a prática. Para dar resposta aos objetivos propostos, procedemos ao desenvolvimento do trabalho que se encontra organizado em cinco capítulos: iniciamos com o enquadramento concetual, onde é relacionado a Teoria de Enfermagem de médio alcance de Merle Mishel, Teoria da Incerteza na Doença, escolhida como a mais adequada ao tema do relatório. Assim como, é descrito o enquadramento teórico do Relatório. No segundo capítulo é descrito todo processo desenvolvido no Projeto de Intervenção no Serviço (PIS) - **“Cuidados de Enfermagem ao Cliente submetido a traqueostomia/traqueotomia”**, tendo por base a Metodologia Científica de Projeto que se baseia numa “(...) investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução” no contexto do local de estágio escolhido (Nunes, Ruivo e Lopes, 2011). O terceiro capítulo faz alusão ao Projeto de Aprendizagem de Clínica (PAC) desenvolvido, incidindo no âmbito da aquisição e aprofundamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica no contexto de Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, que decorre igualmente de acordo com a metodologia de projeto. No quarto capítulo é analisado criticamente as competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica desenvolvidas no decurso desta caminhada de aprendizagem profissional e académica. A reflexão final corresponde ao quinto capítulo, onde é efetuado um resumo de todo o documento, as principais sugestões e análise dos resultados face aos objetivos propostos, a análise crítica dos principais itens relatados e principais contributos profissionais e pessoais.

De referir que o presente trabalho se encontra redigido tendo como orientação as normas American Psychological Association (2001).



## 1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

A enfermagem enquanto profissão emerge na segunda metade do século XIX, com Florence Nightingale, esta marcou o nascimento da enfermagem moderna, que se afirmou como profissão de responsabilidade e de respeito, tendo como essência a arte de cuidar (Alligood e Tomey, 2004).

Nos anos 50, período que antecedeu o surgimento da enfermagem como ciência, a prática da enfermagem era baseada em princípios e tradições transmitidas através da aprendizagem com a prática e da sabedoria do senso comum que era adquirido através dos anos de experiência. A prática da enfermagem refletia sim, uma herança vocacional e pouco era reconhecida como profissão. A transição da “vocação” para o reconhecimento enquanto profissão, acontece nos anos 70 e incluiu a procura de conhecimento que se fundamentasse na prática da enfermagem. Após vários anos de investigação, toma-se consciência que a enfermagem carecia de fundamentos conceituais e de enquadramentos teóricos, ou seja, era necessário proceder ao desenvolvimento de conceitos e teorias, para que fosse possível classificá-la como ciência. Desenvolve-se assim, a teoria de enfermagem que tem por base paradigmas que relacionam um metaparadigma com conceitos de pessoa, ambiente, saúde e cuidados de enfermagem, sistematizando e logo melhorando a compreensão do desenvolvimento do conhecimento da ciência de enfermagem. A teoria de enfermagem conduz o pensamento e a ação da prática da enfermagem. A importância da aplicação da teoria na prática surge conjugado com a importância no desenvolvimento de novos conhecimentos de enfermagem, pois a investigação sobre a enfermagem baseada na teoria, ou seja, a prática baseada na evidência, está em constante evolução (Alligood e Tomey, 2004).

Assim, a prática dos cuidados em enfermagem deve ser suportada por modelos teóricos e teorias de enfermagem que promovam o desenvolvimento da profissão e a qualidade dos cuidados prestados. Atendendo a este aspeto, e essencialmente considerando o exercício profissional em contexto de estágio (âmbito cirúrgico), adotamos para o presente enquadramento conceitual a teoria de enfermagem de médio alcance de Merle Mishel, a Teoria da Incerteza na Doença (TID).

As teorias de médio alcance, são teorias de “nível menos abstrato do conhecimento teórico, porque

incluem pormenores característicos da prática de enfermagem”, pois “indicam qual a situação ou estado de saúde, a população de doentes ou a sua faixa etária, o estabelecimento ou a área de prática e a atuação de enfermagem ou a intervenção” (Alligood e Tomey 2004, p.7).

Com a evolução das teorias de médio alcance o “esqueleto” da disciplina de enfermagem é enriquecido, pois estas concebem uma linguagem própria da enfermagem, contribuindo para o seu crescimento (Lierh e Smith, 2008). A prática de enfermagem deve sem dúvida ser orientada pela teoria, na medida em que atribui consistência científica aos procedimentos de enfermagem, implicando necessariamente a aplicação de conhecimento no cuidado, capaz de melhorar a qualidade de vida dos clientes, famílias e comunidades.

A Teoria da Incerteza na Doença de Merle Mishel, de 1988, foi desenvolvida para ir ao encontro da incerteza experienciada pelas pessoas doentes nas fases de pré- diagnóstico, diagnóstico e tratamento de uma doença aguda ou no caso de uma doença crónica. Esta teoria pressupõe que a incerteza existe numa situação de doença complexa, ambígua, incurável ou quando a informação disponibilizada pelos profissionais de saúde é insuficiente ou até mesmo inconsistente. Caracterizando-se por um estado cognitivo criado quando a pessoa não consegue estruturar adequadamente ou categorizar o evento de doença, por falta de conhecimento (Lierh e Smith, 2008).

“A incerteza é a incapacidade para determinar o sentido dos eventos relacionados com a doença que ocorrem quando quem toma as decisões é incapaz de atribuir valor definitivo a objetos ou eventos e/ou é incapaz de prever os resultados com precisão” (Tomey e Alligood, 2004, p.633).

A incerteza é um estado cognitivo criado quando o indivíduo não pode estruturar ou categorizar um evento da doença por causa da insuficiência de pistas. Nesta fase, existe uma reformulação de um novo sentido de ordem. A pessoa faz uma reavaliação da incerteza a partir de uma experiência adversa, a incerteza surge e torna-se a base de um novo ritmo de vida e de ordem, de certo modo existe uma reestruturação por parte do indivíduo e a existência de um raciocínio probabilístico em que a expectativa da certeza e previsibilidade é abstrata, quase inalcançável (Mishel, 2003).

Para Mishel (2003), o resultado esperado na TID é o retorno ao nível anterior de adaptação ou funcionamento. A adaptação, traduz-se como sendo o comportamento biopsicossocial que ocorre dentro da pessoa individualmente e definindo o seu comportamento habitual. Numa avaliação de perigo, a pessoa desenvolve estratégias que visam a redução da incerteza e a gestão da emoção

gerada por uma avaliação de perigo, enquanto que numa avaliação de oportunidade, a pessoa desenvolve estratégias voltadas para a amortização da incerteza, definindo uma nova perspetiva de vida (auto-organização), pois há um abandono da certeza e da previsibilidade contínuas, ou seja, abandono do pensamento probabilístico (Tomey e Alligood, 2004).

Esta teoria sofreu uma reformulação em 1990 pela mesma teórica, com o objetivo de abarcar a experiência de viver com a permanente incerteza associada a uma doença crónica ou com a possibilidade de recidiva de uma doença, passando a denominar-se de Teoria Reconceptualizada da Incerteza na Doença (TRID). Estas teorias apenas têm aplicabilidade nas pessoas doentes e suas famílias não se aplicando a grupos ou a comunidades (Lierh e Smith, 2008).

A TRID propõe a influência de quatro fatores sobre a formação dessa nova perspetiva de vida: experiência prévia de vida; estado fisiológico da pessoa, os recursos sociais disponíveis e a intervenção e influência dos prestadores de cuidados de saúde.

A **pessoa** é considerada como um sistema aberto que troca energia com o seu ambiente, ou seja tudo o que a rodeia. Mais do que desejar uma condição estável, a pessoa com doença crónica caminha no sentido de uma orientação complexa, formando um novo sentido para a sua vida, para a sua **saúde**. A incerteza pode tornar-se numa força positiva para a vida, se for estruturada como uma visão normal em que o indivíduo desenvolve o pensamento probabilístico examinando as várias possibilidades e considerando as várias formas de as concretizar, conseguindo mudar a vida de dia para dia, no **ambiente** que a rodeia. Para Mishel, a incerteza muda a perspetiva de encarar a vida, não como um processo negativo mas como uma oportunidade de mudança, em que para tal a pessoa deve ser capaz de adotar esta visão confiando nos recursos sociais e nos prestadores de cuidados de saúde, que aceitam eles próprios a ideia do pensamento probabilístico. A relação entre o prestador de cuidados de saúde, **cuidados de enfermagem**, e a pessoa deve centrar-se no reconhecimento da incerteza contínua e na preocupação de ensinar à pessoa a forma de usar a incerteza para gerar diferentes explicações para os acontecimentos (Tomey e Alligood, 2004).

Os conceitos desta teoria encaixam claramente na enfermagem, descrevendo e explicando as respostas humanas às situações da doença. A incerteza atravessa todas as fases da doença desde a sintomatologia, do pré-diagnóstico ao diagnóstico, ao tratamento e seus efeitos secundários, recuperação, à recidiva potencial e à exacerbação (Mishel, 2003).

Em condições de incerteza crónica o desejável é que a pessoa se afaste gradualmente de uma

avaliação de incerteza, como sendo adversa adotando uma nova visão da vida onde aceita a incerteza como parte da realidade. Logo, a incerteza na doença crónica e/ou que põe a vida em risco, pode originar um nível de organização e uma nova perspetiva de vida, abarcando o crescimento e a mudança resultantes de experiências incerteza (Tomey e Alligood, 2004).

No contexto de estágio desenvolvido, e atendendo às atividades projetadas para o PIS e PAC os conceitos desta teoria incorporam-se nos cuidados de enfermagem como variável que implica diretamente o resultado da saúde das pessoas (Mishel, 2003). O profissional de enfermagem tem a responsabilidade de compreender as fontes de incerteza na doença por parte das pessoas e família, capacitado para fornecer a informação mais adequada e com eficácia a estes. Colaborando assim na gestão da incerteza, na medida em que aumenta o conhecimento e fomenta a capacidade para lidar com o processo de doença, e logo, a incerteza diminui.

O reconhecimento da importância da existência da incerteza promove a boa prática clínica, permitindo o desenvolvimento das intervenções de enfermagem que facilitam uma adaptação positiva na experiência do processo de doença (Mishel, 2003).

Os pressupostos inerentes à Teoria da Incerteza na Doença e da Reconceptualização de Merle Mishel coadunam com a prática clínica de enfermagem e com as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista emanadas pela Ordem dos Enfermeiros em 2011, presentes no Regulamento n.º 122/2011, o “Enfermeiro especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde (...)” que “(...) envolve as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento (...)” (p. 8648). O Enfermeiro Especialista, desempenha um papel primordial numa equipa multidisciplinar, pois é um profissional detentor de conhecimentos e competências, num domínio específico da enfermagem, capacitado para intervir no processo de doença dos clientes e famílias ajudando-os na gestão da incerteza, promovendo os processos de readaptação.

Para o desenvolvimento e compreensão do presente trabalho, torna-se fundamental abordar a especificidade dos cuidados de enfermagem específicos em pessoa em situação crítica, que se definem como “(...) cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (Regulamento n.º 124/2011). Os cuidados de enfermagem

apresentam-se como estruturas de apoio em que o fornecimento de informações concisas e credíveis é o principal método de ajuda aos clientes e famílias no controlo da incerteza, promovendo significado na experiência de doença (Mishel, 2003).

Atingir padrões elevados de qualidade nos cuidados de enfermagem exige reflexão sobre a prática, “para definir objetivos do serviço a prestar, delinear estratégias para os atingir” (OE, 2001, p.5). A criação de sistemas de qualidade em saúde torna-se prioritário, neste sentido, as associações profissionais da área da saúde assumem um papel fundamental ao definirem os padrões de qualidade em cada domínio específico, com a obrigação de adequar os recursos e criar estruturas que promovam o desenvolvimento profissional dos enfermeiros (OE, 2001).

A enfermagem é compreendida como a arte e a ciência do cuidar, abrangendo cuidados técnicos, científicos e humanos, baseados numa relação interpessoal. A sua essência são os cuidados às pessoas, integrados num modelo holístico, em que a pessoa é o todo não podendo ser dissociada em partes (Moniz, 2003). O processo de cuidar tem implícitas teorias, filosofias e modelos, ou seja, formas de pensar e conceber a situação de cuidados que, na prática, se centra na pessoa, grupo ou comunidade e se operacionaliza pela tomada de decisão face a um diagnóstico clínico (Serrano, 2008). Assim, podemos considerar o cuidar em enfermagem como um cuidar profissional, humanístico e científico.

### 1.1. CUIDADOS DE ENFERMAGEM – TRAQUEOSTOMIA/TRAQUEOTOMIA

A traqueostomia/traqueotomia é um dos procedimentos cirúrgicos mais antigos utilizado no tratamento de inúmeras patologias, com o fim de manter a permeabilidade das vias aéreas. É comumente utilizado nos clientes em situação crítica. No entanto clientes traqueostomizados são uma realidade, não só nas unidades de cuidados intensivos, como também nos restantes serviços de saúde (Mitchell *et al*, 2012; Thelan, L., Stacy, K., e Lough, M., 2008).

Ilustrações sobre o procedimento da traqueostomia foram encontrados em papiros egípcios que remontam a 3500 a.C. Devido ao pouco conhecimento de anatomia os maus resultados deste

procedimento condicionou a sua execução por rotina, sendo apenas realizado em clientes em estado crítico muito grave. Só em 1546 o médico italiano Antônio Musa Brasavola efetuou com sucesso a primeira traqueostomia documentada numa pessoa com “abscesso na garganta” que sobreviveu. No ano de 1883, durante a epidemia de difteria na Europa, a traqueostomia foi resolutive em 25% dos casos de obstrução da via aérea superior. Este procedimento continuava a não ser plenamente aceite pois era associado à alta mortalidade, sendo realizado apenas em último caso, praticamente aquando a paragem respiratória na difteria, obstrução por corpos estranhos, traumas e afeções inflamatórias agudas, tuberculose e sífilis laríngea. Chevalier Jackson em 1909, sistematizou e definiu as indicações, recomendando a abertura da traqueia na parede anterior cervical entre o segundo e terceiro anel da mesma. Em 1960, Bjork introduziu modificações na técnica, abria a traqueia no terceiro anel e suturava o traqueostoma à pele para facilitar a reinserção da cânula. Após esta última data o conhecimento e a experiência adquirida sobre o procedimento evoluíram e o mesmo foi simplificado, passando a ser realizado no próprio leito das unidades de tratamento intensivo, dispensando o recurso ao bloco operatório (Marsico e Marsico, 2010).

Aquando a realização da pesquisa bibliográfica, foi verificado que existe alguma controvérsia na aplicação do termo traqueostomia ou traqueotomia. Ambos os termos têm origem grega, sendo que traqueotomia significa o procedimento cirúrgico de “abertura da traqueia”, enquanto que traqueostomia acresce o sufixo *ostomia* referindo-se à existência de um orifício ou abertura para o exterior, caracterizando-se pela fixação da traqueia à pele, mantendo-se assim a abertura das vias aéreas para o exterior (Mitchell *et al*, 2012).

A traqueia estende-se desde a laringe até à carina onde posteriormente se divide em brônquio direito e brônquio esquerdo. A traqueia corresponde à primeira parte do aparelho respiratório não sendo partilhada pelo aparelho gastrointestinal. Formada por 16 a 20 anéis de cartilagem em forma de C que previnem o colapso da mesma durante os ciclos respiratórios nomeadamente na inspiração (Freeman, 2011).

A traqueostomia/traqueotomia é um procedimento cirúrgico que consiste na abertura da traqueia para o exterior, utilizado no tratamento de inúmeras patologias com o fim de manter a permeabilidade das vias aéreas (Thelan, L., Stacy, K. e Lough, M., 2008). A inserção da traqueostomia deverá ser entre o segundo e o terceiro anel ou entre o terceiro e o quarto anel da traqueia, a inserção a nível do primeiro anel deverá ser evitada pelo risco aumentado de estenose subglótica (Vallamakondur e Visvanathan, 2011). O recurso a esta técnica verifica-se com maior

frequência em clientes em estado crítico com necessidade de suporte ventilatório mecânico prolongado, mas esta realidade torna-se cada vez mais presente nos restantes serviços de saúde em pessoas que padecem de outras patologias. A realização de traqueostomia/traqueotomia encontra-se igualmente indicada em casos de:

- *Obstrução das vias aéreas superiores*, por infeções, apneia do sono, disfunção laríngea, aspiração de corpos estranhos, acidentes com substâncias corrosivas, neoplasias da faringe, laringe, traqueia ou esófago, anomalias congénitas do aparelho respiratório superior e trauma facial com edema da laringe, da traqueia, língua ou faringe.
- *Dificuldade de ventilação pulmonar*, por estados comatosos, intoxicação por barbitúricos, paralisia diafragmática ou doença pulmonar obstrutiva crónica.
- *Obstrução das vias aéreas inferiores por secreções*, devido a idade avançada ou afeções neuromusculares (Marsico e Marsico, 2010).

Segundo o mesmo autor, a presença de infeção dos tecidos moles do pescoço e de alteração anatómica acentuada constituem as contraindicações para a realização da traqueostomia. Outras patologias, como a obesidade, bócio tireoidiano, cifose, estenose traqueal e cirurgia cervical prévia não impedem a realização do procedimento cirúrgico mas são situações complicadas que podem originar alguma dificuldade e contribuir para a mudança na técnica de incisão. Uma vez efetuada a incisão é inserido o tubo de traqueostomia, obtendo assim uma via respiratória artificial.

Estão disponíveis diferentes tipos de tubos de traqueostomia e de vários tamanhos. O tipo e o tamanho do tubo mais adequado para cada pessoa depende das necessidades da mesma e do tamanho da traqueia (Freeman, 2011). O quadro seguinte apresenta os vários tipos de tubos de traqueostomia existentes, associando as indicações e limitações de cada um.

Types of tracheostomy tubes, indications for use and limitations		
Tube type and description	Indications for use	Limitations or risks
Cuffed tubes have a soft balloon around the distal end of the tube which inflates to seal the airway.	A cuffed tube permits positive pressure ventilation and reduces the risk of aspiration (Russell 2005).	Overinflation of the cuff can cause mucosal injury and necrosis (Serra 2000). If the tube lumen is occluded with the cuff inflated the patient will not be able to breathe.
Uncuffed tubes do not have a cuff that can be inflated.	This tube is for patients who are breathing for themselves and are able to swallow safely (Russell 2005).	The patient requires an effective gag and cough reflex to protect him or her from aspiration.
Fenestrated tubes have openings that allow air to pass through. They require a non-fenestrated inner cannula for suctioning to ensure the suction catheter does not go through the fenestrations.	The air movement allows patients to speak with a speaking valve (Russell 2005). These tubes are used in patients weaning from ventilation (Intensive Care Society 2008).	There is an increased risk of oral or gastric content entering the lung. Granulated tissue can develop around the fenestrations (Conlan and Kopec 2000). These tubes may increase airway resistance if poorly positioned (Intensive Care Society 2008).
Adjustable flanged tubes are longer than standard tracheostomy tubes and the outer flanges to secure the tube can be adjusted.	These tubes are used in patients where a standard length tube will not fit properly (Russell 2005).	As the tracheostomy protrudes further from the patient's neck there is increased risk of discomfort or displacement when mobilising the patient.
Silver tubes are durable and withstand repeated cleaning (Serra 2000).	These tubes have an integral speaking valve making it less obvious than using a speaking valve attachment (Russell 2005).	These tubes should only be used for long-term tracheostomy care. They are heavy and expensive.

(Freeman, 2011, p.52)

Profissionais de saúde com a adequada experiência em traqueostomias capazes de lidar com as mais diversas complicações deste procedimento, deveriam estar presentes nos serviços de saúde específicos onde as pessoas que necessitam de cuidados específicos neste âmbito recorrem. Enfermeiros capazes de dar resposta às necessidades dos clientes e suas famílias, por exemplo quando é necessário proceder à escolha do tubo de traqueostomia mais adequado, ou proceder simplesmente à sua troca, pois este procedimento necessita de conhecimento e de técnica específica (Vallamakondur e Visvanathan, 2011).

As complicações da traqueostomia são raras, porém, quando surgem podem tornar-se graves. Segundo Marsico e Marsico (2010), são mais frequentes nas traqueostomias de urgência sem intubação prévia, principalmente em crianças. As complicações podem ocorrer no intraoperatório, pós-operatório imediato e desenvolver-se numa fase mais tardia.

- *Complicações no Intraoperatório:* hemorragia; lesão da laringe, traqueia e esófago; laceração da tiróide e paragem cardiorrespiratória.
- *Complicações no Pós-operatório Imediato:* hemorragia; obstrução da cânula; infeção; descanulação; broncoaspiração e enfisema subcutâneo.
- *Complicações Tardias:* granuloma; estenose traqueal; traqueomalácia e fístula traqueo-esofágica / traqueo-cutânea / traqueo-inominada (Marsico e Marsico, 2010 e Vallamakondur e Visvanathan, 2011).

Nos cuidados a estes clientes o enfermeiro deve realizar uma avaliação completa da pessoa tendo em conta o atual padrão respiratório da mesma, o motivo da traqueostomia/traqueotomia assim como o procedimento utilizado e qual o tipo e tamanho do tubo que está a ser usado no momento. Os cuidados de enfermagem específicos aquando a presença de traqueostomia/traqueotomia estão relacionados com, a correta humidificação das vias aéreas; aspiração de secreções; limpeza da cânula interna; cuidados ao estoma; manutenção do cuff; deglutição, nutrição e hidratação; comunicação e descanulação, promovendo assim a autonomia da pessoa (Freeman, 2011).

- *Humidificação das vias aéreas:*  
O processo de humidificação e filtração do ar inspirado pelas vias aéreas superiores é perdido, logo a acumulação de secreções espessas, a redução do reflexo de tosse e a redução da função pulmonar pode desenvolver-se. Deve recorrer-se ao aporte de oxigénio humidificado com recurso a filtro respiratório e à inaloterapia (Freeman, 2011).
- *Aspiração de secreções:*



No pós-operatório imediato as pessoas traqueostomizadas não possuem capacidade para expelir as secreções originadas na árvore brônquica. O objetivo é manter a via aérea desobstruída para auxiliar a respiração normal, sem causar trauma ou hipóxia. O calibre da sonda de aspiração deve ser selecionado adequadamente, de forma a evitar o trauma, utilizando o seguinte método para a seleção: diâmetro da cânula / 2 x 3 = n.º sonda de aspiração (Freeman, 2011).

- *Limpeza da cânula interna:*

A cânula deverá ser limpa diariamente, ou sempre que necessário, com soro fisiológico ou água corrente recorrendo a um escovilhão se necessário. Deverá adicionar-se água oxigenada ao soro se existirem secreções aderentes à cânula (Freeman, 2011).

- *Cuidados ao estoma:*

Como ferida que é, a ostomia de ventilação, requiere técnica assética para a sua limpeza. Deverá usar-se compressas não recortadas, evitando o risco de inalação de fibras da mesma. Usar fita de nastro macia ou acessório apropriado na fixação da cânula. De forma a prevenir a descanulação duas pessoas deverão proceder à troca da fita e à limpeza do espelho da cânula externa. Efetuar a limpeza do estoma e pele circundante com soro fisiológico, sempre de dentro para fora com movimentos circulares. Avaliar o estado da pele e se necessário aplicar creme barreira na pele circundante (Freeman, 2011).

- *Manutenção do cuff:*

As cânulas com cuff podem provocar ulcerações devido à pressão exercida sobre a traqueia, podendo desenvolver-se estenose, necrose dos tecidos e fístulas. A pressão do cuff deverá ser controlada através de um cuffómetro e variar entre 20 a 25mmHg (Freeman, 2011).

- *Deglutição, hidratação e nutrição:*

A dificuldade em deglutir com dor associada é uma realidade no pós-operatório imediato, devido à elevação da laringe e insuflação do cuff. Numa fase inicial deverá recorrer-se à sonda nasogástrica para otimizar a nutrição. Instruir a pessoa sobre a possibilidade de aumentar o aporte calórico, incentivando o reforço hídrico de forma a promover a fluidificação das secreções e a hidratação (Freeman, 2011).

- *Comunicação:*

A comunicação verbal é afetada, o tubo de traqueostomia encontra-se inserido no nível abaixo das cordas vocais, não existindo passagem de ar pelas mesmas de forma a criar som. A impossibilidade de falar cria sentimentos de frustração e medo, métodos alternativos

de comunicação deverão ser promovidos, por exemplo através da linguagem escrita ou de imagens, recorrendo a cânula fenestrada e terapeuta da fala (Freeman, 2011).

- *Descanulação:*

A troca de cânula com cuff para sem cuff deverá ocorrer ao terceiro dia facilitando os ensinamentos e a alta para o domicílio. A decisão de proceder a descanulação nas traqueostomias temporárias carece de uma equipa multidisciplinar e deve ser efetuada antes do 10.º dia. O risco de recanulação é muito elevado nas primeiras 24 horas, assim o cliente deverá ser informado do procedimento de forma a evitar a ansiedade e o medo (Freeman, 2011 e Mitchell et al, 2012).

O investimento na formação profissional, com atualização dos procedimentos periodicamente, caminhando para a uniformização dos mesmos ao nível das unidades de saúde só poderá resultar em ganhos de saúde, ou seja, na excelência dos cuidados de enfermagem.

Tendo por base esta revisão da literatura e o objetivo da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem ao cliente e família, no próximo capítulo será abordado e refletido as atividades e competências desenvolvidas no Projeto de Intervenção no Serviço (PIS)

## **2. PROJETO DE INTERVENÇÃO NO SERVIÇO (PIS)**

O Projeto de Intervenção em Serviço (PIS) tem por suporte a Metodologia Científica de Projeto que se baseia numa "(...) investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução. Esta metodologia através da pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto é promotora de uma prática fundamentada e baseada na evidência" (Ferrito, Nunes e Ruivo, 2010).

Este projeto constitui-se como um instrumento relevante para unificar a prática e a teoria, sendo possível através dela fundamentar teoricamente, tudo o que se aplica na prática, caracterizando-se por um trabalho de campo fundamentado, que não descarta a teoria, com carácter prático de aplicabilidade no quotidiano. É uma metodologia intimamente relacionada com a disciplina de Investigação.

A metodologia de projeto constitui uma ligação entre teoria e a prática, na medida em que a procura e aquisição do melhor conhecimento teórico disponível para solucionar um problema identificado, produz investigação, e logo, proporciona uma resposta adequada ao preconizado nos Padrões de Qualidade da Ordem dos Enfermeiros (2002) (Ferrito, Nunes e Ruivo, 2010).

Os projetos são peças fundamentais para o desenvolvimento e mudança do futuro, ainda mais se se pensar que a sociedade atual está em constante evolução, que o passado se projeta no futuro e, que a evolução se faz pela capacidade de simulação e de imaginação da própria pessoa nos seus projetos. Resumido, "O projeto não é uma simples representação do futuro, mas sim um futuro para fazer, um futuro a construir, uma ideia a transformar em fato" (Barbier, 1996, p.52).

O desenvolvimento do Projeto de Intervenção no Serviço (PIS) é parte integrante dos estágios desenvolvidos na concretização do presente Mestrado, tendo como base a Metodologia de Trabalho de Projeto, caracterizando-se pela identificação de uma problemática (problema/oportunidade) clínica de enfermagem médico-cirúrgica, existente neste contexto, e efetuando o planeamento da intervenção a realizar, a sua execução e avaliação (Nunes, Ruivo e Lopes, 2011). Este fomenta

ainda a aquisição de Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

O PIS aproxima-se bastante da investigação-ação, na medida em que não é apenas sustentado pela determinação de um problema, mas sim pela tentativa de intervenção no campo de investigação com o fim de promover uma resolução eficaz para o problema detetado, melhorando a realidade.

## 2.1. ENQUADRAMENTO DO LOCAL DE ESTÁGIO

O Hospital onde foram desenvolvidos os meus estágios foi criado em 2004, sendo um edifício com nove pisos e uma área total de cerca de 3800 m<sup>2</sup>. Neste hospital são assistidos todos os clientes residentes na área de influência, mesmo que de passagem e independentemente do Sistema de Saúde de que beneficiem.

A missão fundamental desta organização prende-se com "... a prestação de cuidados de saúde integrados, diferenciados, de elevada qualidade e acessíveis em tempo oportuno aos utentes da sua área de influência...." (Missão, 2011). Os cuidados de enfermagem prestados encontram-se orientados pela visão que os enquadra, pela missão que foi definida, assim como pelos valores evidenciados:

### **Visão:**

"Ser referência nos domínios da Enfermagem e da excelência na prestação e gestão, desenvolvendo competências e promovendo atividades que conduzam à valorização profissional e imagem social dos Enfermeiros do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE e da Enfermagem em geral" (Visão, 2011).

### **Missão:**

- "Prestar cuidados de Enfermagem individualizados, globais e de qualidade, eficazes e eficientes, dando resposta às necessidades de saúde dos doentes/utentes/família.
- Fomentar a articulação entre Instituições prestadoras de cuidados, tendo em vista a

continuidade dos cuidados aos doentes/utentes/família.

- Promover a formação e a atualização do conhecimento como incentivo à valorização pessoal e profissional dos Enfermeiros e da Enfermagem.
- Contribuir para a formação de estudantes de Enfermagem. Incentivar e participar na investigação em Enfermagem (prática baseada na evidência)” (Missão, 2011).

**Valores:**

- “Todo o utente tem o direito a receber cuidados de enfermagem eficientes, prestados sem discriminação de raça, nacionalidade, religião ou situação económica, social, política, ideológica e étnica.
- As intervenções de enfermagem observam os valores humanos universais – igualdade, a verdade, a justiça, o altruísmo, a solidariedade, a dignidade, a liberdade responsável com a capacidade de escolha pelos quais se regem o indivíduo e os grupos em que este se integra.
- Utente tem o direito de viver e morrer com dignidade e respeito e é responsabilidade do enfermeiro prestar os cuidados ao utente e família de acordo com as suas necessidades individuais” (Valores, 2011).

A escolha por este Hospital deveu-se ao facto de prestar cuidados de enfermagem no mesmo, pois vivemos uma época de crise político-económica grave que também me atinge enquanto pessoa e profissional, acabando por influenciar a opção de realização dos estágios nesta organização. Certo é, que conheço alguns serviços onde prestei cuidados, mas considero uma mais-valia esta opção, pois tive a oportunidade de me integrar na dinâmica e prestação de cuidados diferenciados. Assim, efetuei os meus estágios neste Hospital, especificamente no serviço de Especialidades Cirúrgicas. Acredito que a minha decisão se tornou benéfica pois foi promovida uma partilha de experiências entre serviços da mesma organização, tirando partido do que de bom se faz nos diferentes serviços. A escolha pelo serviço de Especialidades Cirúrgicas prendeu-se com o facto, de ser um serviço do âmbito cirúrgico, que me completa enquanto enfermeira, e por possuir um enfermeiro especialista na área médico-cirúrgica.

O Serviço de Especialidades Cirúrgicas é um local acolhedor e iluminado que se situa no 3º. Piso do Hospital, tem uma lotação de vinte e quatro camas, distribuídas por nove enfermarias, onde estão inseridas quatro especialidades, sendo que cinco camas são da responsabilidade de otorrinolaringologia, seis de gastroenterologia, sete de urologia e seis de ortopedia.

A equipa multidisciplinar é constituída por enfermeiros, médicos, fisiatras, fisioterapeuta, terapeuta da fala, dietista, assistentes operacionais, voluntários e por um padre que contribuem para uma melhor qualidade dos cuidados prestados ao cliente.

Temos ainda a presença de assistentes sociais e uma administrativa, ficando assim composta a equipa do serviço de Especialidades Cirúrgicas.

Atualmente, a equipa de enfermagem é constituída por 20 enfermeiros, no turno da manhã estão presentes cinco enfermeiros e quatro assistentes operacionais, no turno da tarde o número de enfermeiros diminui para três e dois assistentes operacionais, durante o turno da noite estão dois enfermeiros e um assistente operacional.

O método de trabalho dos enfermeiros neste serviço é o individual, existe processo de enfermagem onde os registos são efetuados no sistema Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (CIPE), existindo ainda o sistema de classificação de doentes informatizado.

Como pontos fortes deste serviço pode referir-se o facto de o serviço ser constituído por uma equipa jovem, motivada e disponível disposta a envolver-se em projetos novos e amplamente motivada para a mudança, existe também uma grande disponibilidade de recursos materiais, apesar da contenção financeira que a atualidade exige, contribuindo assim para uma melhor qualidade dos cuidados prestados.

## 2.2. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

A situação de doença proporciona alterações no ser humano, quer seja direta ou indiretamente, temporária ou permanentemente, facto este que não deve ser descurado pelo enfermeiro prestador de cuidados de qualidade e excelência.

O atual Projeto de Intervenção no Serviço (PIS), advém de um problema identificado no presente, no serviço de estágio em questão, que após recurso e aplicação dos instrumentos da metodologia de projeto para fundamentação da problemática, presentes no diagnóstico de situação (Apêndice 1),

encontramos o enfoque na área dos: **“Cuidados de Enfermagem ao Cliente submetido a traqueostomia/traqueotomia”**.

Os clientes traqueostomizados requerem cuidados de enfermagem específicos, não só a nível de procedimento técnico em si, como são os cuidados diretos à traqueostomia, como no apoio às condições de adaptação à nova situação de pessoa traqueostomizada.

Após entrevista não estruturada com o Enfermeiro Responsável/Orientador do Serviço de Especialidades Cirúrgicas, pudemos aferir que existia uma lacuna no plano de cuidados de enfermagem ao cliente submetido a traqueostomia/traqueotomia, no sentido de se promover a uniformização dos respetivos cuidados. Existia a necessidade de proceder à parametrização dos cuidados no sistema de Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (CIPE), tornando a prática de enfermagem uniformizada e mensurável de uma forma internacionalmente reconhecida. Os dados originados pela utilização da CIPE® otimizam a segurança e a qualidade dos cuidados para os clientes e famílias (OE, 2007).

O tema escolhido surgiu não só da entrevista com o Enfermeiro Responsável, como da auscultação das necessidades de aquisição de competências da equipa de enfermagem, tornando-a parte ativa de todo o processo, sendo consensual que o desenvolvimento deste projeto de intervenção no serviço, seria uma mais valia.

O projeto de intervenção proposto incidiu na área de otorrinolaringologia, o que corresponde a 21% do serviço, em que a problemática identificada não se torna muito frequente, mas quando surge levanta questões, anteriormente citadas, a nível da uniformização dos cuidados de enfermagem a estes clientes. Neste sentido achamos oportuno o desenvolvimento deste projeto de forma a promover a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem prestados a estes clientes.

De acordo com o Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, a área de intervenção do trabalho de projeto insere-se nas competências comuns do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica e em particular na competência específica: **K.1 - “Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença orgânica e/ou falência orgânica”** (Regulamento n.º 124/2011).

### 2.2.1. Definição Geral do Problema

A formulação de um problema de investigação, pretende definir o fenómeno a estudar, encadeando de forma lógica os argumentos e baseando-se, para o efeito, nos aportes teóricos e nos factos relativos à situação problemática (Fortin, 2009).

A observação a experiência profissional e pessoal de cada um de nós, constituem campos da prática clínica que levantam questões, surgindo assim importantes domínios a descobrir. Neste contexto de estágio específico surgiu como problema, **a não sistematização da uniformização dos cuidados de enfermagem ao cliente submetido a traqueostomia/traqueotomia.**

A evidência do benefício da abordagem multidisciplinar com procedimentos uniformizados ao cliente traqueostomizado, com redução da morbilidade, mortalidade e do tempo para a descanulação está comprovada (Mitchell *et al*, 2012). Assim como, a importância de um acompanhamento eficaz na promoção de ensinos de qualidade, envolvendo as pessoas significativas do cliente nos cuidados à traqueostomia/traqueotomia, promovendo a qualidade de vida e consequentemente diminuindo complicações e o tempo de internamento.

De forma a obter uma validação mais concreta e definir a área exata a ser abordada no projeto procedemos à elaboração de um questionário (Apêndice 2), aplicado à equipa de enfermagem no período compreendido entre o dia 16 a 30 janeiro de 2013. O questionário pareceu-nos ser o instrumento mais adequado por apresentar vantagens, como: permitir ser respondido sem a presença do investigador podendo atingir um maior número de pessoas e simultaneamente; obter respostas mais rápidas e precisas desde que bem elaborado e orientado; existir maior liberdade nas respostas por conferir o anonimato e consequentemente maior segurança pelo facto das respostas não serem identificáveis (Lakatos e Marconi, 1992).

As questões éticas e legais inerentes à aplicabilidade do questionário foram salvaguardadas ao solicitar autorização ao Conselho de Administração do Hospital, ao garantir aos inquiridos a confidencialidade dos seus dados sendo que o consentimento informado estava implícito no próprio questionário.

Após o tratamento estatístico dos dados provenientes do questionário, utilizando o programa informático SPSS versão 20.0 (Apêndice 3), salientamos as principais conclusões da análise dos dados. Foi unânime, 100%, dos enfermeiros que colaboraram no preenchimento do questionário são da opinião de que a uniformização dos procedimentos ao cliente



traqueostomizado/traqueotomizado seria pertinente, atribuindo os mesmos, grande importância à formação na área dos ensinamentos ao cliente traqueostomizado, e 77,8% referiu sentir necessidade de desenvolver competências na área dos cuidados ao cliente submetido a traqueostomia/traqueotomia.

Atualmente vive-se um tempo de incertezas, principalmente a nível político e económico, onde se verifica uma grande dificuldade na implementação de projetos, sendo esta uma realidade também vivida no seio das organizações de saúde. Por esta razão, achamos pertinente recorrer a uma ferramenta de gestão e planeamento, a análise SWOT (Apêndice 4), de forma a conseguirmos identificar os pontos fortes e fracos, assim como as respetivas ameaças e oportunidades, da implementação deste projeto de intervenção no serviço, evidenciando a importância da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem com sua implementação (Bicho e Baptista, 2006).

Concentrando-nos nos pontos fortes e oportunidades verificamos que a implementação deste projeto no serviço de especialidades cirúrgicas, só contribuirá para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, uma vez que a uniformização e parametrização dos cuidados assim como dos respetivos ensinamentos aos clientes traqueotomizados/traqueostomizados, trará benefícios indiscutíveis tanto para a pessoa cuidada, como para o cuidador seja, o profissional de saúde como a pessoa significativa que posteriormente prestará apoio. Na medida, em que obrigatoriamente os cuidados de qualidade promovem a diminuição das complicações, internamentos menos prolongados, e autonomia, diminuindo a ansiedade no momento da alta clínica para o domicílio com consequentemente diminuição da taxa de recidiva de internamentos. Tudo isto, contribui necessariamente para o aumento da satisfação profissional!

### **2.2.2. Identificação dos problemas parcelares que compõem o problema geral**

Os problemas parcelares resultam da decomposição do problema base em várias partes, sendo estas questões as linhas ou guias orientadoras para a resolução ou resoluções para o problema inicial.

- Inexistência de uma norma que oriente a equipa de enfermagem nos ensinamentos ao cliente com traqueostomia/traqueotomia.

- Ausência de parametrização dos cuidados e ensinios ao cliente traqueostomizado em CIPE.

### **2.2.3. Determinação de prioridades**

Determinar prioridades torna-se fundamental de forma a atingir a resolução do problema identificado, norteando o estudo com fim à concretização dos objetivos propostos. Neste sentido, determinou-se inicialmente prioritário a:

- Formação da equipa de enfermagem no âmbito da temática em estudo;
- Elaboração de uma norma de orientação em relação aos ensinios ao cliente traqueostomizado;
- Criação de um guia de cuidados para ser disponibilizado ao cliente/família traqueostomizado;
- Parametrização dos cuidados de enfermagem ao cliente traqueostomizado no sistema informático em CIPE.

### **2.2.4. Objetivos**

Os objetivos definem a orientação do trabalho na medida em que o objetivo geral é mais abrangente visando o todo; os objetivos específicos como o nome indica são mais precisos, direcionais e operacionais (Nunes, Ruivo e Lopes, 2011). Assim, contextualizando os objetivos na metodologia de projeto:

#### **Objetivo Geral:**

- Melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao cliente submetido a traqueostomia/traqueotomia no serviço de Especialidades Cirúrgicas do centro hospitalar do sul do país.

#### **Objetivos Específicos**

Foram inicialmente definidos como objetivos específicos:

- Realizar formação aos enfermeiros na área dos cuidados ao cliente com traqueostomia/traqueotomia;
- Elaborar uma norma orientadora dos ensinios ao cliente submetido a traqueostomia/traqueotomia;

- Construir um padrão de documentação dos cuidados e ensinamentos ao cliente traqueostomizado procedendo à parametrização dos mesmos em CIPE;
- Criar um guia orientador de ensinamentos ao cliente traqueostomizado, promovendo a sua autonomia.

Contudo, com o decorrer do estágio III, sentimos necessidade de reavaliar os objetivos específicos inicialmente definidos sendo necessário proceder à não concretização de um, como seja, a criação de um guia de cuidados para ser disponibilizado ao cliente/família traqueostomizado. O motivo para esta reavaliação de objetivos prendeu-se essencialmente com o pouco interesse demonstrado pela equipa em que este fosse criado, isto principalmente, por falta de recursos materiais da organização visto que provavelmente seriam impressos alguns guias inicialmente, mas posteriormente tal não aconteceria, o que se tem vindo a verificar com o restante material informativo direcionado para os clientes e famílias. Após reflexão, verificamos que a não concretização deste objetivo específico não influenciaria a efetivação do objetivo geral, pelo que não foi concretizado.

### 2.3. PLANEAMENTO

O Planeamento (Apêndice 5) foi realizado tendo por base os objetivos, as atividades e as estratégias a desenvolver com vista à consecução dos objetivos preconizados, articulando os recursos humanos, materiais, temporais, tendo como suporte os indicadores/critérios de avaliação referenciados no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 122/2011). As atividades e estratégias adotadas devem estar em consonância com o tema, a pertinência do mesmo, e com os destinatários (Nunes, Ruivo e Lopes, 2011).

O planeamento do projeto foi essencial para a concretização dos bons resultados que obtivemos ao longo das etapas seguintes do mesmo. Certo, que houve necessidade de proceder a alguns ajustes, mas o resultado final de satisfação pessoal acompanhado de crescimento profissional foi visível em mim e naqueles que colaboraram no projeto.

O cronograma inicial, inserido no planeamento, permitiu estruturar temporalmente em várias fases,

as atividades/estratégias a desenvolver no sentido da consecução do PIS. No início do estágio III em abril de 2013 foi articulado com o orientador de estágio que também é o responsável pela formação em serviço, de forma a calendarizar os momentos formativos propostos, com vista à concretização dos objetivos e desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro especialista. No início do processo percebemos que haveria tempo e disponibilidade para desenvolver todos os trabalhos com calma, mas em determinado momento surgiram ligeiras dificuldades no cumprimento dos tempos propostos, pois houve necessidade de alterar as datas das formações, adiando as mesmas num prazo de duas semanas, primeiro devido à elevada ausência de enfermeiros no serviço por se encontrarem no período de férias e segundo porque surgiu a convocação de uma greve de enfermeiros.

Não consideramos que estas alterações tenham prejudicado de alguma forma a consecução do todo do trabalho, o reagendamento das formações foi efetuado com a colaboração de toda a equipa para momentos em que a maioria poderia tirar benefícios das mesmas. De uma forma genérica conseguimos ajustar os tempos, desenvolvendo as atividades propostas sem comprometer a concretização do objetivo geral. Terminando o estágio no momento em que estava calendarizado no cronograma do respetivo curso.

## 2.4. EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO – DO PROPOSTO AO REALIZADO

A execução materializa a realização, do que foi planeado. Nesta fase são esperados resultados positivos de aprendizagem, resolução de problemas e desenvolvimento de competências. A fase de elaboração e execução do projeto estão intimamente relacionadas com a investigação-ação que se preconiza ser um ato de transformação, uma ocasião de investigação e de formação, originando assim, uma produção intelectual (Ferrito, Nunes e Ruivo, 2010).

O enfermeiro especialista, desempenha um papel primordial numa equipa multidisciplinar, pois é um profissional que possui um aprofundamento de conhecimentos e competências, num domínio específico da enfermagem. De forma geral, foram desenvolvidas competências científicas, relacionais, éticas e técnicas na vertente dos cuidados especializados na área médico-cirúrgica e

competências de análise crítico-reflexiva dos problemas da prática profissional, relacionados com a pessoa doente e família na área de especialização da Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Neste subcapítulo, procedemos à reflexão e avaliação das atividades desenvolvidas com as quais atingimos os objetivos específicos e consequentemente o objetivo geral do PIS.

O estágio III realizado no serviço de especialidades cirúrgicas deu seguimento ao trabalho desenvolvido inicialmente no estágio I e II, ou seja, foi um estágio de execução e avaliação do que foi proposto nos estágios iniciais. Analisando o percurso ao longo de vários meses neste campo de estágio, é de referir que foi a melhor opção, pois decidimos ficar na organização onde desempenho o meu trabalho como enfermeira, mas optando por outro serviço. Certo que me mantive na área cirúrgica, mas que posso eu fazer se é o que mais gosto... Vivenciamos novas experiências, e acima de tudo verificou-se que apesar de ser a mesma organização a dinâmica e funcionamento de serviços da mesma área pode ser muito diferente e funcionar na sua plenitude, onde a excelência e a qualidade dos cuidados de enfermagem são a prioridade.

O que mais contribuiu para o desenvolvimento e consequente sucesso do PIS em questão, foi sem dúvida a melhor das melhores integrações que podia ter tido. A integração na equipa multidisciplinar foi fácil, dando muito mérito a todos os elementos que dela fazem parte, nunca nos fazendo sentir como uma “pessoa estranha” que vem agora com ideias e quer colaboração”, mas sim como alguém que contribuirá para a melhoria dos cuidados prestados e com a preocupação de envolvermos todos os elementos na concretização desse objetivo. De referir que não poderia ter tido um orientador de estágio melhor, colaborou comigo em tudo o que necessitei, mostrando-se muito disponível e preocupado com o sucesso de todo o percurso de aprendizagem e desenvolvimento de competências como enfermeira especialista. Estes aspetos foram essências para o desenvolvimento das atividades propostas nos estágios I e II, executadas no estágio III.

Seguidamente procedemos à análise sucinta das atividades desenvolvidas com as quais foram atingidos os respetivos objetivos específicos, e a avaliação dos mesmos.

- ***Realizar formação aos enfermeiros na área dos cuidados ao cliente com traqueostomia/traqueotomia;***

O enfermeiro tem a responsabilidade de procurar o caminho da excelência, desenvolvendo e baseando as suas competências na prática do seu exercício profissional, mas também, investindo

na formação especializada, tendo por base um dos princípios gerais da profissão de enfermagem, descrito no Código Deontológico do Enfermeiro, artigo 78.º alínea e), “a competência e o aperfeiçoamento profissional”. Investir na atualização e validação das suas competências, através da aquisição de novos conhecimentos, aumenta desta forma, a qualidade dos cuidados prestados.

O respetivo objetivo surgiu da necessidade de investimento na formação da equipa de enfermagem nesta área, confirmada com os resultados obtidos no questionário aplicado à mesma, ou seja, 100% da amostra dos enfermeiros atribuiu importância à formação dos enfermeiros na área dos ensinamentos ao cliente traqueostomizado. Este objetivo foi atingido com a realização da formação em serviço intitulada “Pessoa com traqueostomia/traqueotomia – Cuidados de enfermagem” (Apêndice 8), no dia 29 de maio de 2013. Certos conteúdos da formação foram selecionados com base no mesmo questionário, em que 55,6% dos enfermeiros refere sentir dificuldades nos cuidados aos clientes traqueostomizados/traqueotomizados fazendo alusão essencialmente aos ensinamentos a estes e 88,9% dos enfermeiros considera muito importante os cuidados de higiene à ostomia de ventilação. Antes da apresentação da formação foi elaborado o respetivo plano da sessão (Apêndice 6) e procedido à sua divulgação (Apêndice 7).

Para a consecução deste objetivo recorremos à pesquisa bibliográfica atual sobre cuidados de enfermagem ao cliente com traqueostomia/traqueotomia, em base de dados eletrónicas científicas, com recurso a palavras chave (traqueostomia; traqueotomia; cuidados de enfermagem a pessoas traqueostomizadas/traqueotomizadas; permeabilização das vias aéreas; intubação; traqueostomia precoce e ostomia de ventilação), artigos e livros. Os conteúdos da formação foram sujeitos a apreciação e validação com o Enf.º Orientador e Professora Orientadora, tendo sido necessário proceder a alterações que contribuíram para um melhor e satisfatório resultado final.

No final da formação procedeu-se à avaliação da mesma recorrendo a uma questão efetuada abertamente a todos os 12 enfermeiros presentes, “Como proceder à aspiração de secreções em clientes traqueostomizados/traqueotomizados?”, em que a totalidade respondeu corretamente e que acabou por despoletar uma discussão acerca do assunto, concluindo que seria necessário alterar comportamentos futuros para se promover a melhoria da qualidade dos cuidados prestados a estas pessoas.

Os indicadores de avaliação que validam a concretização deste objetivo, são:

- Os dados resultantes estatisticamente da aplicação do questionário que corroboram a necessidade manifestada pela equipa de enfermagem em receber formação nesta área;

- A validação da formação por peritos;
- O plano da sessão e divulgação da formação no serviço de especialidades cirúrgicas;
- A apresentação da formação em slides no programa informático PowerPoint;
- Avaliação e posterior discussão da formação com os formandos.

O desempenho como formadora nesta área de conhecimento exigiu uma dedicação acrescida, pois apesar de não ser a primeira vez que desempenho esta função, a verdade é que primeiro, aquando a pesquisa bibliográfica tive a preocupação de adquirir o máximo conhecimento para o transmitir de forma credível e segura, e segundo treinar a forma de dissertação para que o conteúdo da formação fosse transmitido perceptivelmente. Apreciação final... Penso que o resultado final foi muito positivo e contributivo para o investimento da equipa de enfermagem em melhores cuidados de saúde.

• ***Elaborar uma norma orientadora dos ensinios ao cliente submetido a traqueostomia/traqueotomia;***

Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro conjuntamente com o cliente deverá desenvolver processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde identificados. Para tal, investir no planeamento da alta dos clientes internados nas instituições de saúde, de acordo com as suas necessidades e recursos da comunidade, assim como, no ensino, na instrução e no treino do cliente sobre a adaptação individual requerida face à readaptação funcional, deverá ser uma constante preocupação dos enfermeiros (OE, 2002).

A importância para a delineação deste objetivo prendeu-se com o facto de no hospital em questão, não existir qualquer norma de procedimento que norteia-se os ensinios ao cliente traqueostomizado/traqueotomizado. A evidência do benefício da abordagem multidisciplinar com procedimentos uniformizados ao cliente traqueostomizado, com redução da morbilidade, mortalidade e do tempo para a descanulação é descrita por Mitchell *et al*, 2012. Assim como, a importância de um acompanhamento eficaz na promoção de ensinios de qualidade, envolvendo as pessoas significativas do cliente nos cuidados à traqueostomia/traqueotomia, promovendo a qualidade de vida. Consequentemente evita-se complicações e diminui-se o tempo de internamento.

Apoiando-nos nas necessidades manifestadas pela equipa de enfermagem, em que 94,4% da amostra de enfermeiros afirma que os ensinios ao cliente traqueostomizado/traqueotomizado é

pertinente e 77,8% considera o respetivo planeamento e consecutiva avaliação muito importante, foi construída a Norma de Procedimento de Enfermagem – “Ensinos à Pessoa/Cuidador Traqueostomizado/Traqueotomizado” (Apêndice 9). A construção desta norma foi sustentada pela pesquisa bibliográfica atual em base de dados electrónicas científicas e credíveis com recurso a palavras chave; consultado o manual de normas de procedimento de enfermagem do hospital de forma a elaborar um documento com apresentação uniforme. Com base na literatura consultada foi elaborado um protótipo do documento que foi submetido à apreciação de peritos (Enf.º Orientador, Professora Orientadora e Enf.º Supervisor responsável pela aprovação das normas de procedimento), assim como à equipa de enfermagem no sentido de auscultar as sugestões de melhoria. O documento foi reformulado com base nas alterações sugeridas e apresentado a versão final na formação em serviço “Pessoa com traqueostomia/traqueotomia – Cuidados de enfermagem” inserido no item dos ensinos à pessoa traqueostomizada/traqueotomizada.

A aprovação da norma no manual de normas de procedimento do hospital ficou suspensa pelo facto desta organização ter sido sujeita a fusão com outro hospital da região, encontrando-se neste momento um “vazio legal” para a implementação de certos projetos.

Os indicadores de avaliação que validam a concretização deste objetivo, são:

- Os dados resultantes estatisticamente da aplicação do questionário que corroboram a necessidade manifestada pela equipa de enfermagem na elaboração da Norma de Procedimento de Enfermagem nesta área de cuidados;
  - A norma de procedimento de enfermagem – “Ensinos à Pessoa/Cuidador Traqueostomizado/Traqueotomizado”;
  - A divulgação da norma à equipa de enfermagem e peritos.
- 
- ***Construir um padrão de documentação dos cuidados e ensinos ao cliente traqueostomizado procedendo à parametrização dos mesmos em CIPE;***

O cuidar em enfermagem padece necessariamente do processo de enfermagem conferindo-lhe uma abordagem científica, sendo em muito, semelhante ao processo de investigação no que tem de sistemático e organizado. Este é caracterizado “ (...) pela conceptualização da enfermagem, metaparadigma e modelos subjacentes, pela mobilização de conhecimentos com a operacionalização na prática, pela observação sistemática de feedback e pela relação com o



processo de investigação-ação” (Serrano, 2008, p. 31). O processo de enfermagem é baseado num sistema de valores e crenças morais e no conhecimento técnico-científico da enfermagem (Garcia e Nobrega, 2009). Método sistemático através do qual os enfermeiros prestam cuidados de enfermagem, de acordo com um planeamento baseado na colheita de dados e na resolução de problemas, devendo ficar corretamente documentado, não só para permitir uma eficaz continuidade dos cuidados prestados através da avaliação dos respetivos registos, como pela importância ética e legal associada a estes quando são necessários na tomada decisões clínicas.

A exposição clara da prática da enfermagem é essencial para o reconhecimento integral da amplitude e profundidade da profissão. O Conselho Internacional de Enfermeiros (International Council of Nurses, ICN) compreende a necessidade da existência de dados de enfermagem, considerando-os essenciais nos sistemas de informação da saúde para o desenvolvimento e compreensão da profissão de enfermagem. Nesta medida, o ICN desenvolveu a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), ferramenta de informação que facilita a comunicação entre enfermeiros, com o objetivo de melhorar os cuidados prestados às pessoas de todo o mundo, baseados numa documentação padronizada caracterizada por uma terminologia comum de classificação dos fenómenos, ações e resultados de enfermagem. Os dados originados pela utilização da CIPE® otimizam assim a segurança e a qualidade dos cuidados para os doentes e as famílias (OE, 2007).

Na sua grande maioria, a equipa de enfermagem enalteceu a problemática dos clientes traqueostomizados, em que é despendido muito tempo de cuidados com estas pessoas e não existe uma padronização dos cuidados descrita e efetiva, neste caso em CIPE®, de forma a que este trabalho tenha a visibilidade merecida pela organização. Assim, fazia todo o sentido elaborar um padrão de documentação dos cuidados e ensinios ao cliente traqueostomizado para posterior parametrização em CIPE®. O documento criado faz parte integrante da norma de procedimento de enfermagem referida no objetivo anterior, visto que foi construída logo com o fim de dar resposta a este objetivo também. A norma foi construída com linguagem CIPE® de forma a se proceder à sua parametrização no sistema informático de registos sem qualquer dificuldade. As atividades desenvolvidas para se atingir este objetivo são em todo semelhantes às desenvolvidas no objetivo anterior.

Após a validação e divulgação final pelos mesmos peritos e equipa de enfermagem, surgiu-nos o mesmo obstáculo no que se refere a introdução do documento no sistema informático da CIPE®, o

mesmo “vazio, de que se tem de esperar para ver em que sentido evoluem os pareceres quanto à implementação de novos projetos no hospital...”

Os indicadores de avaliação que validam a concretização deste objetivo, são:

- A construção da Norma de Procedimento de Enfermagem – “Ensinos à Pessoa/Cuidador Traqueostomizado/Traqueotomizado, com linguagem CIPE®;
- A divulgação e validação do documento à equipa de enfermagem e peritos.

Em síntese e após a exposição do desenvolvimento dos diferentes objectivos específicos, pensamos poder afirmar que o objetivo geral do PIS foi atingido.

## 2.5. SÍNTESE DAS APRENDIZAGENS E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

Pensar em enfermagem e na prática profissional dos enfermeiros, leva-nos a procurar e analisar os conceitos e modelos estruturantes desta profissão e empenharmo-nos em compreender o papel da via experiencial na definição das práticas profissionais.

A questão que se coloca reside na problematização dos contextos onde os enfermeiros exercem a sua prática, equacionando se esses contextos são territórios onde se cria e recria um discurso crítico da profissão, se inquire a prática individual e coletiva e onde se produz saber em enfermagem.

Ao Enfermeiro Especialista é exigido a prestação de cuidados de Enfermagem com um nível de mais profundo de conhecimentos e habilidades, com uma atuação específica, junto do cliente (indivíduo, família e grupos) em situações de risco, no âmbito da Especialidade que possui (Decreto-Lei 437/91).

A aprendizagem no local de trabalho tem-se vindo a configurar como um novo paradigma da formação, destacando-se cada vez mais a integração do lugar de aprender com o lugar de fazer para que o meio profissional se transforme num meio educativo, um local privilegiado para a edificação do saber. Salientando a importância de ter conhecimentos científicos, ser competente

como enfermeiro, usar princípios científicos, demonstrar em situações reais, entusiasmo na qualidade dos cuidados e interesse na atualização. E que, apesar da formação inicial certificar o enfermeiro para o seu ingresso profissional, é-lhe colocado um conjunto de constrangimentos decorrentes da prática profissional que o obrigam, de modo a garantir um desempenho profissional competente, a uma atualização contínua ao longo da sua carreira profissional (Sousa, 2003).

O contexto onde se desenrolou prática clínica foi no serviço de Especialidades Cirúrgicas, com pessoas que sofrem de patologias agudas e críticas. As oportunidades de aprendizagem, e logo de desenvolvimento de competências, foram diversificadas quer no âmbito da prestação de cuidados diretos, quer ao nível da formação e gestão.

A elaboração do presente PIS e a prestação de cuidados á pessoa/família em situações agudas e críticas, contribuiu para a aquisição e aprofundamento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista da área médico-cirúrgica. No âmbito das competências comuns foi mobilizado as competências de responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

A responsabilidade profissional, ética e legal esteve sempre presente na medida em que durante a prática profissional, neste contexto, os cuidados promovidos respeitaram os direitos humanos fomentando as responsabilidades profissionais, com base nos princípios éticos e do código deontológico. Isto verifica-se também aquando a realização do PIS, na aplicação do questionário, onde foram tidos em conta todos os aspetos éticos e legais.

Cuidados de saúde de qualidade são os que maximizam a satisfação do cliente em todas as etapas do processo do cuidar. Nesta perspectiva procuramos que a satisfação do cliente fosse uma máxima, pois consideramos que esta funciona como um indicador de qualidade, conduzindo-nos à melhoria da nossa prática, quer individualmente, quer em equipa, favorecendo a mudança de atitudes e a implementação de estratégias para a promoção da qualidade dos cuidados que prestamos aos clientes. Neste sentido, o próprio PIS e PAC são classificados como projetos de melhoria da qualidade dos cuidados, tendo um papel dinamizador e com iniciativa gerando cuidados de qualidade e de excelência.

O percurso foi dinâmico, na medida em que os períodos de prestação direta de cuidados aos clientes e família foi alternado com momentos na posição de gestão e liderança da equipa de enfermagem com o Enf.º Orientador visando a optimização da qualidade dos cuidados. A partilha de

informação foi uma constante contribuindo para que esta gestão não se tornasse depreciativa aos olhos da equipa de enfermagem, pois um elemento estranho no serviço pode causar retração e pouca colaboração na implementação de novas medidas. Assim, a competência de gestão de cuidados foi desenvolvida.

A competência comum das aprendizagens profissionais foi desenvolvida, aplicando o conhecimento, habilidades perceptuais e cognitivas para analisar dados e propor intervenções de enfermagem, pois as lacunas no conhecimento de enfermagem limitam a aplicação dos princípios da prática baseada na evidência, na avaliação clínica e no diagnóstico de enfermagem. A enfermagem baseada em evidências requer habilidades que não são tradicionais na prática clínica, pois exige identificar as questões essenciais nas tomadas de decisão, procurar informações científicas pertinentes à pergunta e avaliar a validade das informações. Neste domínio de competência o trabalho foi desenvolvido com bases nas seguintes unidades de competência: D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento, nos critérios de avaliação D2.1.1- Atua como formador oportuno em contexto de trabalho, na supervisão clínica e em dispositivos formativos formais, D2.1.2 - Diagnostica necessidades formativas; D2.2.6 - Contribui para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada; D2.3.1 – Tem um sólida base de conhecimentos de enfermagem e outras disciplinas que contribuem para a prática especializada; D2.3.2 – Demonstra conhecimentos e aplica-os na prestação de cuidados especializado, seguros e competentes (Regulamento n.º 122/2011).

No âmbito das competências específicas o PIS contribuiu para a aquisição da primeira de três competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, em que o enfermeiro, “K1 - Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica. Considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e ou falência orgânica e à sua família, o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística” (Regulamento n.º 124/2011, p. 8656). As restantes competências foram adquiridas com o desenvolvimento do Projeto de Aprendizagem Clínica (PAC), exposto num dos capítulos seguintes do presente relatório de trabalho de projeto.

No domínio das respetivas unidades de competência que constituem a competência específica enumerada, foram mobilizadas as seguintes:

K.1.1. — Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica.; K.1.1.1 — Identifica prontamente focos de instabilidade.; K.1.1.2 — Responde de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade; K.1.1.3 — Executa cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e ou falência orgânica. Aquando a prestação direta de cuidados aos clientes traqueostomizados que iniciaram quadros de dificuldade respiratória intensa por obstrução da via aérea superior com secreções.

K.1.2 — Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos, quando colaborei na administração de mitomicina em clientes com diagnóstico de neoplasias da bexiga no pós-operatório imediato.

K.1.3 — Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, otimizando as respostas, tive sempre a preocupação de evitar o mau estar e desconforto por dor nas pessoas cuidadas por mim, durante a administração de terapêutica e durante os posicionamentos recorrendo a medidas não farmacológicas.

K.1.4 — Assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica; K.1.5 — Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde e K.1.6 — Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e ou falência orgânica. A relação de ajuda pressupõe um pedido de ajuda, por parte da pessoa dependente de cuidado, o qual nem sempre é claro para o enfermeiro mas que deverá desenvolver competências para o interpretar (Phaneuf, 2005). É necessário possuir um conhecimento profundo da pessoa como um todo, vê-la como um ser único, inserido num determinado meio e numa determinada fase do ciclo vital, enfim, tendo em conta as suas características biológicas, cognitivas, emocionais, sociais e espirituais, transmitindo-lhe confiança, para que se estabeleça relação de ajuda. Aspetos estes foram que aperfeiçoados no decorrer do estágio.

Com o descrito, foram certamente desenvolvidos os domínios das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, com a efetivação de certas competências que constituem os mesmos em enfermagem médico-cirúrgica.

No momento, podemos referir que o houve um investir na consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente ou família, especialmente na área de enfermagem médico-cirúrgica, destacando as atividades relacionadas com a identificação dos

principais fatores geradores de stresse, o seu registo sistematizado, no respetivo sistema de informação, fazendo incidir a intervenção nos momentos de conflito entre os intervenientes, nos aspetos ligados às dificuldades de comunicação e a planificação das intervenções consideradas necessárias para fazer face às necessidades identificadas, recorrendo à metodologia científica na realização das atividades visando uma intervenção clínica e cientificamente adequada face às necessidades dos clientes, sem esquecer a gestão racional dos recursos.

### **3. PROJETO DE APRENDIZAGEM DE COMPETÊNCIAS (PAC)**

O presente Projeto de Aprendizagem Clínica (PAC) incide na aquisição e aprofundamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, que decorre igualmente de acordo com a metodologia de projeto desenvolvido no mesmo local de estágio do Projeto de Intervenção no Serviço (PIS) (Serviço de Especialidades Cirúrgicas) mas foi complementado com um pequeno estágio, de 36 horas, no serviço de Controlo de Infecção do Centro Hospitalar do sul do país.

Antes da elaboração do PAC foi realizado um diagnóstico não sistematizado das necessidades do serviço e oportunidades, de forma a que as atividades/estratégias a desenvolver se tornassem uma mais valia para o serviço onde decorreu o estágio. Para tal, procedemos a entrevistas exploratórias com o Enfermeiro Responsável pelo Serviço/Orientador de Estágio e responsável pela formação, com o elemento Responsável do Controlo de Infecção e Plano de Emergência e Catástrofe da unidade hospitalar em questão.

Tendo como meta atingir as restantes competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, planeamos o seguinte projeto de aprendizagem clínica dando ênfase ao desenvolvimento da segunda e terceira competência: K2 - “Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da concepção à ação” e K3 - “Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infecção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.” (Regulamento 124/2011, p.8657) respetivamente, visto que a primeira competência K1 - “Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica” (Regulamento 124/2011 p. 8656) foi desenvolvida no PIS.

De forma a conseguir desenvolver e adquirir estas duas competências específicas, mobilizamos o conhecimento adquirido ao longo dos estágios I e II, procedendo ao respetivo planeamento do PAC, implementado no decorrer do estágio III.

O planeamento do PAC encontra-se exposto de forma esquemática, recorrendo ao uso de tabelas, com o fim de o tornar mais perceptível e objetivo. As competências específicas do enfermeiro

especialista em Pessoa em Situação Crítica seguidamente apresentadas, estão de acordo com o legislado com a respetiva subdivisão pelas unidades de competência e critério de avaliação (Regulamento n.º 124/2011). Como agente facilitador para a compreensão de quem lê o presente relatório, optamos por enaltecer os critérios de avaliação propostos a atingir identificando-os com cor verde e em negrito. Posteriormente apresenta-se a reflexão sobre a intervenção, investigação e avaliação do trabalho desenvolvido ao longo do estágio III em processos associados à enfermagem médico-cirúrgica, com o fim de atingir as referidas competências.

### 3.1. COMPETÊNCIA: K2 – **“Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação.”**

“Intervém na conceção dos planos institucionais e na liderança da resposta a situações de catástrofe e multi-vítima. Ante a complexidade decorrente da existência de múltiplas vítimas em simultâneo em situação crítica e ou risco de falência orgânica, gere equipas, de forma sistematizada, no sentido da eficácia e eficiência da resposta pronta” (Regulamento 124/2011 p. 8657).

Num contexto de permanente possibilidade de ocorrência de uma catástrofe, seja de que origem for (natural, epidemia, acidente tecnológico e/ou incidente nuclear, radiológico, biológico ou químico de grandes ou importantes proporções), é importante que as Unidades de Saúde, realizem periodicamente, uma análise da sua situação, tendo em consideração a sua envolvente interna e externa, em constante mutação, e planei, de forma sistemática e integrada, uma resposta de emergência em qualquer uma das situações referidas, ou a outro, que pela sua natureza ou extensão, condicione, momentânea ou permanentemente, um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos existentes (George, 2010).

Tendo em conta a realidade atual das Unidades de Saúde, nomeadamente o funcionamento quotidiano já no máximo das suas capacidades ou perto deste, a elaboração de um Plano de Emergência torna-se essencial, como ferramenta que reforça a avaliação dos meios de reação do Hospital face a uma situação de crise, definindo regras ou normas gerais de atuação (George, 2010).



UNIDADES DE COMPETÊNCIA	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO	ACTIVIDADES	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
K.2.1 — Concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de catástrofe ou emergência.	K.2.1.1 — Demonstra conhecimento do Plano Distrital e Nacional para catástrofe e emergência.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aprofundamento de conhecimentos na área da emergência interna na unidade de saúde em questão;</li> <li>Articulação com o elo de ligação responsável pela competência de catástrofe e emergência interna da unidade hospitalar;</li> <li>Realização de um Poster sobre Evacuação de doentes em caso de sinistro, integrado Plano de Emergência Interna da unidade hospitalar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Apresenta o Poster à equipa de enfermagem do serviço de especialidades cirúrgicas.</li> </ul>
	K.2.1.2 — Colabora na elaboração do plano de emergência e catástrofe da Instituição/Serviço.		
K. 2.2 — Planeia a resposta concreta ante as pessoas em situação de emergência multi-vítima ou catástrofe.	K.2.2.1 — Demonstra conhecer os planos e os princípios de atuação em situações de catástrofe.		
	K.2.2.2 — Identifica os vários tipos de catástrofe e as implicações para a saúde.		
	K.2.2.3 — Atribui graus de urgência e decide a sequência de atuação.		
	K.2.2.4 — Sistematiza as ações a desenvolver em situação de catástrofe ou emergência.		
K.2.3 — Gere os cuidados em situações de Emergência e ou Catástrofe.	K. 2.3.1 Lidera a atribuição e desenvolvimento dos papéis dos membros da equipa.		
	K.2.3.2 Avalia em contínuo a articulação e eficácia da equipa.		
	K.2.3.3 Introduce medidas corretivas das inconformidades de atuação.		

O estágio III no serviço de Especialidades Cirúrgicas, tem como objetivo dar resposta a situações decorrentes do contexto da prática clínica do respetivo serviço. Assim, após deliberação com o Enfermeiro Orientador que também é o elo responsável pela gestão de risco no serviço, consideramos a abordagem do Plano de Emergência Interno sob a forma de um poster focalizado na Evacuação de Doentes em caso de Sinistro (Apêndice 10), um tema pertinente e atual, pois é do conhecimento de todos que situações de catástrofe interna podem surgir, e com gravidade a qualquer momento, como facto agravante, temos a localização deste Hospital na região do sul do país, muito propícia a acontecimentos sísmicos.

“O plano de emergência interno, da responsabilidade do operador do estabelecimento, destina-se principalmente a controlar a situação na origem e a limitar as consequências, em especial para as pessoas presentes no estabelecimento, preparando as medidas, os recursos e os procedimentos de

emergência necessários face aos acidentes graves cenarizados” (ANPC, 2008, p.6). Este cenário no meio hospitalar acarreta dificuldades acrescidas no controlo da situação sem desencadear o descontrolo total da situação, pois no fundo, estão a lidar com vidas humanas, o bem mais precioso a ser protegido... Deste modo, fez todo o sentido abordar a temática da evacuação de doentes em caso de catástrofe, uma vez, que após consultada a equipa de enfermagem o conhecimento do procedimento a adoptar era diminuto e do interesse da maioria.

Com vista a atingir esta competência, inicialmente, ainda na fase do planeamento foi proposto a realização de uma ação formativa, direccionada para os enfermeiros do Serviço de Especialidades Cirúrgicas com o intuito de dar a conhecer o Plano Interno de Emergência do hospital, no sentido de fornecer conhecimentos aos mesmos sobre a forma de atuação perante uma situação de catástrofe interna. Mas com a pesquisa elaborada, constamos que o plano de emergência interna desta organização ainda se encontrava em construção, sem data provável para o seu término, contribuindo para o facto a fase de adaptação em que se encontrava o hospital a vivenciar devido à fusão com outra unidade hospitalar da região. Decidimos mudar de estratégia com o fim no objetivo de desenvolver esta competência, foi elaborado o Poster mencionado anteriormente.

A construção deste trabalho foi enriquecedor no seu conteúdo, uma vez que o conhecimento das técnicas de transporte de pessoas hospitalizadas em caso de catástrofe, assim como das prioridades das mesmas a serem evacuadas eram mínimas. Recorremos à pesquisa em bases de dados electrónicas científicas e credíveis, após contacto informal com o Engenheiro responsável pela Gestão de Risco da unidade hospitalar, a orientação do Tutor de estágio, a Professora Orientadora e a quem demais tenho muito a agradecer, ao Enf.º Rui Sousa do Centro Hospitalar de Setúbal no serviço de urgência pelo seu contributo no desenvolvimento deste poster, uma vez que foi ele que disponibilizou muito do conteúdo bibliográfico utilizado. Após a sua realização, o poster foi submetido a aprovação e sugestões de melhoria pelo Enf.º Orientador e Professora Orientadora. Efetuadas as alterações de melhoria necessárias, o poster foi apresentado à equipa de enfermagem nos momentos oportunos que surgiram, como sejam, as passagens de turnos. De referir, que ficou um exemplar do Poster, imprimido facilitando a sua consulta em caso de necessidade.

Os indicadores de avaliação que validam a concretização deste objetivo, são:

- A construção e impressão do Poster – “Evacuação de doentes em caso de Sinistro”;
- A divulgação do Poster à equipa de enfermagem.

**3.2. COMPETÊNCIA: K3 – “Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.”**

“Considerando o risco de infeção face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, responde eficazmente na prevenção e controlo de infeção” (Regulamento 124/2011 p. 8657).

O recurso à inserção de cateteres venosos periféricos é na atualidade uma prática indispensável em contexto hospitalar, sendo considerado o procedimento invasivo mais comum realizado para administração de fluídos, nutrientes, medicação, sangue e derivados além do seu importante papel na monitorização hemodinâmica dos clientes (Rickard et al, 2012).

Segundo o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) (2011), milhões de punções intravasculares são realizadas cada ano, pelo que, o uso de cateteres venosos periféricos pode originar complicações locais ou sistémicas, com aumento da morbilidade e do tempo de hospitalização, sendo considerada a flebite como a complicação mais frequente. Não obstante, o CDC (2011) assinala que, embora a incidência de infeções locais ou sistémicas associadas ao cateterismo intravascular periférico seja geralmente baixa, o seu impacto é grande, produzindo considerável morbilidade anual devido à frequência com que estes cateteres são utilizados (Oliveira e Parreira, 2010).

As infeções associadas ao cateterismo intravascular periférico, são consideradas uma infeção nosocomial e esta poderá ser um indicador da não qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde, além de induzir uma morbilidade e mortalidade acrescida, acarretando custos económicos acrescidos, mas também custos humanos e sociais, sendo os últimos difíceis de quantificar (Oliveira e Parreira, 2010).

UNIDADES DE COMPETÊNCIA	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO	ACTIVIDADES	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
K.3.1 — Concebe um plano de prevenção e controlo da infeção para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica.	K.3.1.1 — Demonstra conhecimento do Plano Nacional de Controlo de Infeção e das diretivas das Comissões de Controlo da Infeção.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aprofundamento do conhecimento nesta área;</li> <li>Realização de Estágio no serviço de controlo de Infeção da unidade hospitalar;</li> <li>Realização de uma ação de formação em serviço sobre: “Prevenção das infeções associadas ao cateterismo intravascular periférico”;</li> <li>Observação da equipa de enfermagem na prática, se cumpriram os aportes fornecidos na formação, através de grelha já existente;</li> <li>Apresentação dos dados da observação à equipa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Apresenta Aportes multimédia da ação de formação;</li> <li>Apresenta Avaliação da formação.</li> </ul>
	K.3.1.2 — Diagnostica as necessidades do serviço em matéria de prevenção e controlo de infeção.		
	K.3.1.3 — Estabelece as estratégias pró-activas a implementar no serviço visando a prevenção e controlo da infeção do serviço.		
	K.3.1.4 — Atualiza o Plano de Prevenção e Controlo de Infeção do Serviço com base na evidência.		
K.3.2 — Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica.	K.3.2.1 — Demonstra conhecimentos específicos na área da higiene hospitalar que lhe permitam ser referência para a equipa que cuida da pessoa em situação crítica, na prevenção e controlo da infeção.		
	K.3.2.2 — Estabelece os procedimentos e circuitos requeridos na prevenção e controlo da infeção face às vias de transmissão na pessoa em situação crítica/falência orgânica.		
	K.3.2.3 — Faz cumprir os procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo da infeção.		
	K.3.2.4 — Monitoriza, regista e avalia medidas de prevenção e controlo implementadas.		

O desenvolvimento das respetivas atividades com fim de adquirir esta competência específica, surgem no seguimento de termos diagnosticado um problema existente no respetivo serviço, que muito se encontra em discussão no meio hospitalar. Assim, objetivamos alertar a equipa de enfermagem para o cariz de grande importância das infeções associadas ao cateterismo intravascular periférico, que nos parece ser alvo de pouca atenção pelos profissionais de saúde. Dada a abrangência e amplitude da problemática, optamos por incidir o nosso trabalho na problemática das “flebitis” e percebermos assim, qual poderá ser o contributo da equipa de enfermagem para a segurança dos clientes. A punção venosa periférica é um procedimento realizado diariamente pelos enfermeiros, em diferentes contextos de cuidados, exigindo a

mobilização de diferentes competências.

Para abordar esta temática, direcionamo-nos primeiramente para as diretrizes emanadas pelo CDC (2011) em “Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections”, posteriormente procedemos à comparação das mesmas, com as normas de procedimento em vigor na unidade de saúde onde foram desenvolvidos os estágios, “Recomendações para a prevenção de infeção nosocomial associada a dispositivos intravasculares, n.º 16/I/S 2007” que no momento se encontrava em atualização pois tinha sido elaborada com base nas anteriores diretrizes do CDC em 2009. A norma hospitalar estava construída de acordo com as diretrizes do CDC, mas só isto não era suficiente para a elaboração do trabalho, houve necessidade de saber como é que o serviço de controlo de infeção hospitalar estaria envolvido nesta temática, promovendo melhores práticas e logo melhor qualidade na prestação dos cuidados de enfermagem.

Deste modo, foi realizado um estágio de observação no serviço de controlo de infeção de 32 horas nos últimos quinze dias do mês de Junho de 2013. Durante este pequeno estágio foi oportuno observar o trabalho desta equipa, constituída por duas enfermeiras e uma médica. O trabalho desenvolvido neste serviço é muito abrangente, direcionando-se não só para os profissionais de enfermagem como também para o universo do profissional médico e dos assistentes operacionais. Investem sobretudo na prevenção com ações de formação obrigatórias e regulares para os profissionais de saúde, assim como posteriormente observam na prestação de cuidados se as diretrizes estão a ser cumpridas. Facto verdadeiro, é que os profissionais de medicina são os que menos cumprem as normas, e são os mais renitentes à formação, não existindo sobre estes uma auditoria apertada...

Relativamente à área de interesse em questão, o serviço de controlo de infeção encontrava-se no momento a atualizar a norma de procedimento hospitalar com base nas mais recentes guidelines do CDC. Foi também constituído um grupo de trabalho formado por enfermeiros de vários serviços a nível hospitalar para dar início ao trabalho nesta área, com enfoque na pesquisa bibliográfica científica e posteriormente na formação dos profissionais de saúde e observação dos mesmos na prática dos cuidados. Mas encontrava-se tudo numa fase muito inicial. Com este pequeno estágio confirmamos que o tema escolhido de forma a desenvolver esta competência, é um tema atual e pertinente.

Após a realização deste estágio de observação, elaboramos uma ação de formação intitulada “Infeções associadas ao cateterismo periférico – flebite” (Apêndice 13) com base na pesquisa

bibliográfica em base de dados electrónicas científicas, na norma de procedimento da respetiva unidade hospitalar e principalmente com base nas diretrizes do CDC (2011).

O documento foi elaborado em PowerPoint sendo os seus conteúdos sujeitos a apreciação do Enf.º Orientador e Professora Orientadora, que sugeriram alterações de melhoria. A ação de formação foi divulgada no serviço de especialidades cirúrgicas com a devida antecedência (Apêndice 11) e construído o respetivo plano da sessão (Apêndice 12). A formação foi apresentada no dia 18 de Julho de 2013, com a presença de 11 enfermeiros dos 20 que constituem a equipa. Decorreu de forma fluida e com a intervenção dos formandos, tornando-a mais dinâmica.

No final da sessão formativa procedeu-se à avaliação da mesma recorrendo a uma questão efetuada abertamente a todos os enfermeiros presentes, “Quais os cuidados de enfermagem que não devem ser descurados em todo o procedimento de punção venosa periférica?”, a totalidade respondeu corretamente, concordando que efetivamente existe um descurar desta área por parte dos enfermeiros, muitas vezes só em ultimo caso, quando a flebite de grau IV está instalada no cliente é que procedido à troca do cateter. Ficou acordado que iriam alterar os comportamentos de forma a promover a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

No final da formação os presentes foram informados que nas próximas semanas seriam efetuadas umas observações sobre as guidelines do Center for Disease Control and Prevention (CDC) para a prevenção de infeções intravasculares associadas ao cateterismo periférico, de forma aleatória.

Assim, foram observados 10 enfermeiros numa equipa de 20, tendo sido efetuada uma observação participante num momento único (uma semana após apresentação da formação, num dia selecionado aleatoriamente). Os resultados obtidos tiveram como objetivo promover a reflexão da prática e promover melhores práticas neste âmbito, sem qualquer sentido pejorativo para a equipa. Mas analisando globalmente os resultados obtidos, podemos enaltecer essencialmente aspetos positivos, o que demonstra que a sessão formativa sobre o tema foi esclarecedora e motivou a equipa a alterar comportamentos. Os itens observados onde se obtiveram valores mais baixos de cumprimento foram, *a técnica assética durante a inserção do cateter (45%) e a manipulação do cateter (desinfecção das conexões com álcool a 70%) (60%)*. Sendo que 100% dos enfermeiros observados procedeu à escolha do local de inserção do cateter, à escolha do calibre do cateter e à troca do cateter no período recomendado pelo CDC (72-96) ou quando necessário (flebite), procedendo corretamente conforme as diretrizes instituídas. Os respetivos resultados foram apresentados à equipa de enfermagem, em formato de gráfico como é apresentado no apêndice 14,

com o objetivo de motivar a alteração dos procedimentos menos adequados verificados, promovendo a melhoria dos cuidados prestados.

Os indicadores de avaliação que validam a concretização deste objetivo, são:

- A validação da formação por peritos;
- O plano da sessão e divulgação da formação no serviço de especialidades cirúrgicas;
- A apresentação da formação em slides no programa informático PowerPoint;
- Avaliação e posterior discussão da formação com os formandos;
- Apresentação dos resultados obtidos da observação realizada guidelines do Center for Disease Control and Prevention (CDC) para a prevenção de infeções intravasculares associadas ao cateterismo periférico – flebite.

Findo este capítulo, onde foram apresentadas as actividades que permitiram o desenvolvimento das competências desenvolvidas em contexto de estágio I, II e III do mestrado em enfermagem médico-cirúrgica, destacámos aquelas que mais impacto tiveram no decurso da nossa prática. Concluimos assim que conseguimos desenvolver as competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica no âmbito da competência K2 – *“Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação”* e K3 – *“Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas”* propostas inicialmente e que foram especificadas ao longo do mesmo.

Para além das competências específicas referidas anteriormente, também foram desenvolvidas competências comuns que são transversais aos enfermeiros especialistas. Assim desenvolvemos a competência B1 – *Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica*, na unidade de competência B.1.1 – *Inicia e participa em projetos institucionais na área da qualidade*, no critério; B2.2.1 – *Identifica oportunidades de melhoria*; B3 – *Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro*, na unidade de competência B3.2 nos critérios de avaliação B3.2.3 – *Previne riscos ambientais*; B3.2.5 – *Desenvolve os sistemas de trabalho, de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de erro humano*; B3.2.8 – *Coordena a implementação e manutenção de medidas standart de prevenção e controlo da infeção*; D2 – *Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento*, nos critérios de avaliação D2.1.1 – *Atua como formador oportuno em contexto de*

*trabalho, na supervisão clínica e em dispositivos formativos formais; D2.1.4 – Favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros; D2.2.1 – Atua como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática cuidativa, visando ganhos em saúde dos cidadãos (Regulamento 122/2011).*

Importa destacar ao nível das competências adquiridas, a capacidade de manter de forma contínua e autónoma o processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional, contribuindo em muito a reflexão na e sobre a ação, recorrendo a uma pesquisa bibliográfica robusta e ponderada.



#### **4. COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA - ANÁLISE CRÍTICA**

A enfermagem é uma “profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível” (REPE, 1996). No âmbito do seu exercício profissional, o enfermeiro deve investir no seu desenvolvimento profissional com a responsabilidade de procurar o caminho da excelência. Desenvolvendo e baseando as suas competências na prática do seu exercício profissional, mas também, investindo na formação especializada, tendo por base um dos princípios gerais da profissão de enfermagem, descrito no Código Deontológico do Enfermeiro, “a competência e o aperfeiçoamento profissional”. Investir na atualização e validação das suas competências, através da aquisição de novos conhecimentos, aumenta desta forma, a qualidade dos cuidados prestados.

Por este motivo, o desafio de desenvolver as aptidões profissionais foi abarcado investindo numa formação científica de carácter profissionalizante, de “conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção”, sendo este o objetivo do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da ESS do IPS (Nunes, Ruivo e Lopes, 2011)

Seguidamente encontram-se descritas as seis competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica em consonância com o Decreto-lei nº 74/2006, com a respetiva análise crítica das atividades desenvolvidas ao longo deste longo percurso de aprendizagem e aumento de conhecimento.

**1 – *Demonstre competências clínicas específicas na concepção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem:***

A aquisição desta competência surge essencialmente da prestação direta dos cuidados de enfermagem ao longo dos três estágios, pois o contacto com as pessoas doentes e seus familiares proporcionou o desenvolvimento de várias atividades que culminaram na concretização desta competência. Surgiram várias oportunidades em que houve necessidade de mobilizar o conhecimento adquirido, para obter o sucesso dos procedimentos nas situações mais ou menos complexas com que nos deparamos. Perante todos os clientes a primeira abordagem incidia numa avaliação completa da pessoa tendo em conta o seu todo, com posterior análise da mesma de forma a obter os diagnósticos de enfermagem alvos de intervenção geral, específica e diferenciada. Durante todo o processo de internamento dos clientes tivemos a preocupação de incentivar comportamentos para a promoção da sua saúde, incluindo sempre que possível e necessário os familiares ou pessoas significativas, com o objetivo de prevenir recidivas. Sempre que se justificou, referenciamos estas pessoas para a unidades de saúde onde a continuidade dos cuidados seria assegurada, quer seja, para os serviços de saúde primários ou para unidades de cuidados continuados. A prestação de cuidados de enfermagem especializados, teve sempre por base princípios éticos e equitativos com vista à melhoria da qualidade da prática clínica, promovendo a autonomia e bem-estar das pessoas.

## ***2 – Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas:***

Analisando o nosso atual percurso formativo iniciado em maio de 2012, consideramos que este foi um projeto pessoal e profissional com determinação de atingi-lo. Sentimos necessidade de aprofundar e atualizar o conhecimento investindo na formação. Este curso dotou-nos de várias ferramentas para o desenvolvimento das competências científicas, nomeadamente na execução dos documentos elaborados ao longo deste, com o recurso a uma pesquisa rigorosa e científica, ou seja, baseada na evidência. O próprio relatório que está a ler foi efetuado com base nessa evidência, dando-nos a certeza que estamos perante um documento válido na comunidade científica. Não podemos ficar estagnados no tempo a proceder sempre da mesma forma, temos de investir na nossa formação e colmatar os nossos “vazios” com a auto-formação, que nos compete a todos enquanto enfermeiros.

### **3 – Integra equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proativa:**

Os enfermeiros desenvolvem intervenções autónomas e interdependentes (OE, 2003), no âmbito das interdependentes existe um objetivo comum a ser atingido com a colaboração de outros profissionais. As ações decorrentes deste trabalho em equipa surgem de uma planificação prévia, definida pela equipa multidisciplinar. Neste sentido, desenvolvemos várias atividades em contexto de estágio que contribuíram para a aquisição desta competência. Foi aplicado os conhecimentos adquiridos, a capacidade de compreensão e de resolução de problemas, relacionados com a área médico-cirúrgica na resolução de problemas dos clientes que iam surgindo, nomeadamente quando o momento da alta clínica se aproximava. Muitas vezes, houve necessidade de articular essencialmente com os fisioterapeutas, insistindo numa maior frequência de determinados exercícios terapêuticos promovendo assim uma maior autonomia dos clientes após a alta para o domicílio. Articulamos também com a assistente social, tentando solucionar problemas aquando a alta clínica de determinado tipo de dependência ou carência por parte dos clientes, assim como o contacto com outras unidades de saúde, as de cuidados de saúde primários, se tornou imprescindível para a continuação dos cuidados com qualidade iniciados na unidade hospitalar.

### **4 – Aja no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos:**

Na Enfermagem, as intervenções a realizar, tocam significativamente aspetos de vida do Outro, pelo que surge a necessidade dos enfermeiros adquirem conhecimentos sobre ética na prestação de cuidados. Conduzindo a uma tomada de decisão ética que confronta valores, princípios, escolhas e ações (Butes et al, 2010). As questões éticas da enfermagem não aparecem ocasionalmente, mas todas as ações são uma questão ética e moral que merecem reflexão, para prestar cuidados com qualidade, tendo como finalidade a competência e a satisfação (Almeida, 2007). Todas as decisões e intervenções tomadas tiveram como pilar o respeito pela dignidade humana da pessoa doente. Esta competência foi desenvolvida não só no contexto de estágio aquando a prestação de cuidados diretos, mas também durante o processo de realização do projeto de intervenção no serviço em que os aspetos éticos foram tidos em conta, nomeadamente quando o mesmo foi iniciado. Houve necessidade de aplicar um questionário à equipa de enfermagem para identificar as suas carências para a melhoria da qualidade dos cuidados, procedemos à autorização do mesmo por parte da administração da organização hospitalar e só depois é que foi aplicado.

**5 - Inicie, contribua para e/ou sustenta investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência:**

A enfermagem é compreendida como a arte e a ciência do cuidar, abrangendo cuidados técnicos, científicos e humanos, baseados numa relação interpessoal (Moniz, 2003). É uma profissão em constante evolução, baseada na investigação sobre a prática e sobre a teoria. O presente relatório padece desse cariz, com carácter de investigação tendo o propósito de evidenciar resultados solucionativos para problemas específicos da área médico-cirúrgica, contribuindo para melhorar e fazer evoluir a prática de enfermagem. O próprio enquadramento concetual foi elaborado com base na evidência científica, com recurso a base de dados electrónicas certificadas e bibliografia adequada. Na formulação do diagnóstico de situação recorremos a ferramentas de gestão, assim como o próprio tratamento de dados foi efetuado com recurso ao programa informático SPSS, tudo isto corrobora com um processo de investigação rigoroso. Com o objetivo de desenvolver as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica ao longo do percurso de estágio, trabalhamos em procedimentos específicos da área como a prevenção e controlo de infeção, assim como, saber atuar em situações de catástrofe. Desta forma, no sentido de prestar cuidados de qualidade os enfermeiros devem sempre refletir e avaliar as suas intervenções, fundamentando-as com conhecimentos clínicos baseados na evidência.

**6 – Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando formação, a investigação, as políticas de saúde e a administração em Saúde em geral e em Enfermagem em particular.**

“Os enfermeiros têm a responsabilidade profissional de desenvolver os seus conhecimentos sobre os cuidados de saúde, ao longo da sua prática, de modo a aperfeiçoar as suas competências” (Ferrito, Nunes e Ruivo, 2010 p. 35). Cada vez mais, é esperado dos profissionais de enfermagem uma prática baseada na evidência, que é definida pela tomada de decisão fundamentada pela investigação mais recente, contribuindo para intervenções clínicas apropriadas e consequentemente com maior qualidade nos cuidados.

O presente trabalho de projeto é um método de trabalho que se centrou na investigação, na análise e resolução de problemas em grupo, promovendo uma prática fundamentada que assenta no aumento da qualidade dos cuidados. Todo o trabalho desenvolvido contribuiu para a aquisição desta competência, iniciando-o com o diagnóstico de situação, definição de objetivos, planeamento

do mesmo, a execução, avaliação e por último a divulgação dos resultados. Este processo de metodologia de trabalho foi descrito ao longo do relatório, incentivamos a equipa de enfermagem do local de estágio a colaborar conosco, sentindo o retorno positivo da mesma com a sua disponibilidade, mostrando-se disponíveis e até críticos quando necessário. Realizamos formação em serviço para os mesmos, com boa afluência, revelando-se parte ativa de todo o trabalho desenvolvido. Para completar totalmente a aquisição desta competência de mestre redigimos um artigo que se encontra em apêndice (15) intitulado “Pessoa com Traqueostomia – Cuidados de Enfermagem” com base no PIS, sendo este um método de divulgação do trabalho de investigação, o outro momento de divulgação acontecerá aquando a defesa desta dissertação escrita, concluindo por fim todo o processo de investigação proposto.

## 5. REFLEXÃO FINAL

A profissão de enfermagem tem como objetivo prestar cuidados ao ser humano, ao longo do ciclo vital, tomando como foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue. O enfermeiro tem o dever de exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem.

A realização de um relatório tem como característica permitir a organização, interpretação e sistematização de grandes quantidades de informação de forma sintética. Tendo em conta os objetivos deste relatório, encontramos-nos perante o desafio de relatar com pormenor e de forma perceptível o trabalho desenvolvido no PIS e PAC, mobilizando aspetos cognitivos integrados na prática clínica. Conseguimos congregar de forma sintética e tão clara quanto possível a essência dos estágios e os principais aspetos e competências adquiridas, evitando perder pelo caminho aspetos importantes, sem sermos, ao mesmo tempo muito extensos e maçadores.

O trabalho de projeto permitiu praticar competências sociais como a comunicação, o trabalho em equipa, a gestão de conflitos, a tomada de decisão e a avaliação de processos, bem como realizar inúmeras aprendizagens e desenvolver múltiplas capacidades. Promoveu ainda a aprendizagem através da ação, ligando a teoria à prática, e a resolução de problemas a partir de situações e dos recursos existentes.

A aquisição das competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e do Mestre foram a base da construção deste relatório, levando ao desenvolvimento de competências de avaliação, planeamento, intervenção e investigação em enfermagem médico-cirúrgica, no âmbito dos cuidados à pessoa em situação crítica. Etapas que foram desenvolvidas e ultrapassadas uma a uma, em contexto de estágios. O campo de estágio escolhido por mim, serviço de especialidades cirúrgicas, revelou-se um ambiente propício para a minha aprendizagem e consequente aquisição das competências enumeradas. À partida, até se poderia pensar que seria monótono e não acrescentaria nada à minha formação, mas tenho muito a agradecer ao meu Enfermeiro Orientador que tudo fez para que os meus estágios fossem

produtivos e estimulantes. Foram desempenhadas funções específicas e especializadas nos cuidados diretos aos clientes e famílias, mas também funções na área da gestão de recursos humanos e materiais, não sendo funções menos importantes, apesar de muito desvalorizadas por quem apenas presta os cuidados diretos. A equipa de enfermagem também se mostrou pelo melhor, contribuindo para a realização de todo o trabalho descrito. Não deixando de parte, a Professora Orientadora que foi o elo de orientação no processo de investigação, tornando-se essencial para o resultado final deste trabalho.

Consideramos que o relatório se transformou num contributo positivo para o desenvolvimento do trabalho, pois estimulou a capacidade de organização, planeamento e síntese. Tornando-se numa mais valia a nível profissional, onde foram enriquecidas e aprofundadas áreas do conhecimento que contribuirão para a melhoria dos cuidados prestados.

Na tentativa de demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente ou família, especialmente na área de enfermagem médico-cirúrgica, destacam-se as atividades relacionadas com a identificação dos principais fatores geradores de stresse, o seu registo sistematizado, no respetivo sistema de informação, fazendo incidir a intervenção nos momentos de conflito entre os intervenientes, nos aspetos ligados às dificuldades de comunicação e a planificação das intervenções consideradas necessárias para fazer face às necessidades identificadas, recorrendo à metodologia científica na realização das atividades visando uma intervenção clínica e cientificamente adequada face às necessidades dos clientes, célere, sem esquecer a gestão racional dos recursos.

Aprender é um processo complexo, por vezes difícil, mas recompensador. É assim que vemos o percurso realizado neste processo de formação pois, ser enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica também é, saber identificar, saber controlar os sentimentos enquanto pessoas que somos, é saber encontrar estratégias para lidar com tudo e com todos e principalmente connosco.

Em forma de sugestão, propomos um maior investimento de todos os profissionais na área da pesquisa, realização de estudos de investigação nas suas áreas de interesse, bem como a divulgação dos resultados dos mesmos.

Os objetivos foram alcançados e a aquisição do título de Enfermeiro Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica concomitante com o título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica será uma realidade.

A Enfermagem tem procurado caminhar no sentido de encontrar um cuidar mais autêntico. Logo, o trabalho desenvolvido contribuiu para repensar as práticas diárias e potenciar mudanças de comportamento, tendo como filosofia a excelência dos cuidados prestados e, sobretudo, a satisfação das necessidades do cliente.

Foi uma longa etapa, estou cansada... mas o esforço compensa, tenho orgulho de mim mesma, foi difícil por tudo o que nos rodeia, principalmente pela conjuntura político-económica do país, mas também porque somos pessoas e adultos, sujeitos a acontecimentos que despendem de nós muito tempo para os solucionar, não nos deixando disponíveis para a realização de trabalhos como este. Investi na minha profissão e essencialmente em mim mesma. Apesar de tudo, fui grande... sinto-me bem, consegui realizar um bom trabalho, talvez pudesse ser melhor, mas foi o melhor que consegui no momento...



## 6. BIBLIOGRAFIA

- Alligood, M. & Tomey, A. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos de Enfermagem)*. (5ªed.). Loures: Lusociência.
- Almeida, O. (2007). *O Consentimento Informado na Prática do cuidar em enfermagem*. Acedido em 10 Setembro de 2013, em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/22448/4/O%20Consentimento%20Informado%20na%20Prtica%20do%20Cuidar%20em%20Enfermagem.pdf>
- American Psychological Association (APA). (2001). *Publication Manual of the American Psychological Association* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Babier, J. (1996). *Elaboração de projectos de acção e planificação*. Porto: Porto Editora.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto
- Bicho, L., & Batista, S. (2006). *Modelo de Porter e Análise SWOT – Estratégias de Negócio*. Acedido a 10 de Outubro de 2012 em : [http://www.ecnsoft.net/wp-content/plugins/downloads-manager/upload/FATEC-SBC\\_ADME\\_Forcas\\_Competitivas\\_de\\_Porter.pdf](http://www.ecnsoft.net/wp-content/plugins/downloads-manager/upload/FATEC-SBC_ADME_Forcas_Competitivas_de_Porter.pdf)
- Butes, L. (et al.) (2010). *Informar, Quando?- Análise de caso. Princípios Éticos, Normas Deontológicas e do Direito*. Revista Percursos (18) p.8-19. Acedido em 9 de Setembro de 2013 em [http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Percursos\\_n18.pdf](http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Percursos_n18.pdf) ISSN 1646- 5067.
- CDC (2011). Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections.
- Decreto-lei n. º437/91 de 8 de novembro de 1991 (1991). *Ministério da Saúde – Regime legal da carreira de enfermagem*. Série I-A, 5723-5741.
- Ferrito, C.; Nunes, L e Ruivo M. (2010). *Metodologia de projecto: colectânea descritiva de etapas*. Revista Percursos, 15, 1-35.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Freeman, S (2011). *Care of adult patients with a temporary tracheostomy*. Nursing Standard. 26 (2) 49-56.

- Garcia, T., Nóbrega, M. (2009). *Processo de Enfermagem: Da Teoria à Prática Assistencial e de Pesquisa*. Escola Anna Nery (13) 1, 188-193. Acedido em 16 de Julho de 2012, em <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a26.pdf>.
- George, F. (2010). *Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde*. Orientação da direção geral de saúde, Lisboa.
- Lakatos, E. e Marconi M. (1992). *Metodologia do trabalho científico*. São Paulo: Editora Atlas S.A.
- Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a competência dos profissionais*. (3ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro (2009). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros - Código Deontológico do Enfermeiro*.
- Leite, L. (2006). Um novo paradigma de desenvolvimento profissional: Valorização de percursos e competências: O Enfermeiro Especialista: Percursos de Desenvolvimento profissional. Acedido em 20 de Outubro de 2013, em [http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sedeinformacao/II Congresso/LuciaLeite.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sedeinformacao/II_Congresso/LuciaLeite.pdf)
- Lierh, P. e Smith M. (2008). *Middle Range Theory for Nursing*. New York: Springer Publishing.
- Marsico, P. e Marsico, G. (2010). *Traqueostomia*. Pulmão RJ. 19 (1-2) 24-32.
- Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (2006). Decreto-Lei nº 74/06 de 25 de Março. *Diário da República*, 1ª Série-A, nº60, 2242-2257.
- Mishel, M. (2003) - Theories of Uncertainty in illness. In *Middle Range Theory for Nursing*. New York: Springer Publishing Company. 2003.
- Missão do CHBA, EPE (2011). Acedido em 20 de Março de 2013, em [http://www.chbalgarvio.min-saude.pt/Centro\\_Hospitalar/Missao/?sm=1\\_1](http://www.chbalgarvio.min-saude.pt/Centro_Hospitalar/Missao/?sm=1_1)
- Missão dos cuidados de enfermagem (2011). Acedido em 20 de Março de 2013, em [http://www.chbalgarvio.min-saude.pt/Downloads\\_HSA/CHBAIg/Enfermagem/missao\\_enfermagem.pdf](http://www.chbalgarvio.min-saude.pt/Downloads_HSA/CHBAIg/Enfermagem/missao_enfermagem.pdf).
- Mitchell, et al (2012). Clinical Consensus Statement: Tracheostomy Care. *Otolaryngology – Head and Neck Surgery* 148 (1), 6-20.
- Moniz, J. (2003). *A enfermagem e a pessoa Idosa*. Loures: Lusociência.

- Nunes, L. (2006). *Tomada de posição segurança do cliente*. Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 14 de Junho de 2012, em [http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao\\_2Maio2006.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_2Maio2006.pdf).
- Nunes, L., Ruivo, A. e Lopes, J. (2011). *2.º Mestrado em Enfermagem - Guia de Curso 1.º Semestre*. Instituto Politécnico de Setúbal. Escola Superior de Saúde.
- Nunes, L., Ruivo, A. e Lopes, J. (2011). *Guia Orientador dos estágios 2.º e 3.º Semestres*. Instituto Politécnico de Setúbal. Escola Superior de Saúde.
- Oliveira, A. e Parreira, P. (2010). Intervenções de enfermagem e flebites decorrentes de cateteres venosos periféricos. Revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência. III série* (2), 137-147.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Divulgar – Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros, (1996). Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. Acedido em 11 de Junho de 2012, em <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/sul/membros/Documents/Legisla%C3%A7%C3%A3o/REPE.p>
- Ordem dos Enfermeiros, (2007). *Sistema de Informação de Enfermagem (SIE). Princípios básicos da Arquitetura e Principais Requisitos Técnico-Funcionais*. Acedido em 15 de Junho de 2012, em <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Paginas/SIE.aspx>.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Regulamento n.º 122/2011 - *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista* “D.R. II Série”. 35 (11-02-18), 8648-8653.
- Regulamento n.º 124/2011 - *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica* “D.R. II Série”. 35 (11-02-18), 8653- 8653.
- Rickard, C. et al (2012 september). Routine versus clinically indicated replacement of peripheral intravenous catheters: a randomised controlled equivalence trial. Australian national health and medical research Council, 380, 1066-1074.

- Serrano, T. (2008). *Desenvolvimento de competências dos enfermeiros em contexto de trabalho*. (Tese de doutoramento). Aveiro: Universidade de Aveiro, Departamento de Didática e Tecnologia Educativa.  
[http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/91/1/Tese%20PHD\\_T\\_Serrano.pdf](http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/91/1/Tese%20PHD_T_Serrano.pdf).
- Sousa, M. (2003) . A formação contínua em enfermagem: estudo baseado nas perspectivas de enfermeiros. *Nursing* (175), 28-33.
- Thelan, L., Stacy, K., & Lough, M. (2008). *Enfermagem em cuidados intensivos: Diagnostico e Intervenção* (5ª ed). Lusodidactica: Lisboa.
- Vallamkondu, V. e Visvanathan, V. (2011). *Clinical review of adult tracheostomy*. *Clinical Feature*. 25 (5) 172-176.
- Valores dos cuidados de enfermagem (2011) Acedido em 20 de Março de 2013, em [http://www.chbalgarvio.min-saude.pt/Downloads\\_HSA/CHBAIg/Enfermagem/valores\\_enfermagem.pdf](http://www.chbalgarvio.min-saude.pt/Downloads_HSA/CHBAIg/Enfermagem/valores_enfermagem.pdf)
- Visão dos cuidados de enfermagem (2011). Acedido em 20 de Março de 2013, em [http://www.chbalgarvio.min-saude.pt/Downloads\\_HSA/CHBAIg/Enfermagem/visao\\_enfermagem.pdf](http://www.chbalgarvio.min-saude.pt/Downloads_HSA/CHBAIg/Enfermagem/visao_enfermagem.pdf)

## **Apêndice 1**

### *Diagnóstico de Situação*

## Definição do Problema

<b>Estudante:</b> Mónica Cristina Alves do Carmo
<b>Instituição:</b> Centro Hospitalar do Barlavento Algravio, EPE
<b>Serviço:</b> Especialidades Cirúrgicas
<b>Título do Projeto:</b> "Cuidados de enfermagem ao cliente submetido a traqueostomia/traqueotomia"
<b>Explicitação sumária da área de intervenção e das razões da escolha (250 palavras):</b>  <p>A situação de doença proporciona alterações no ser humano, quer seja direta ou indiretamente, temporária ou permanentemente, facto este que não deve ser descurado pelo enfermeiro prestador de cuidados de excelência.</p> <p>A traqueostomia é um dos procedimentos cirúrgicos mais antigos e comumente utilizado nos clientes em situação crítica, mas os clientes traqueostomizados são uma realidade, não só nas unidades de cuidados intensivos, mas também nos restantes serviços de saúde, exigindo ao enfermeiro uma constante adaptação, desenvolvimento de conhecimentos e competências que visam o despiste de complicações e intervenções adequadas de modo a promover a sua autonomia (Mitchell <i>et al</i>, 2012). Neste sentido, uma vez que a maioria das ações desenvolvidas pelos enfermeiros nesta área específica são autónomas, torna-se fundamental refletir sobre a abordagem à pessoa sujeita a uma traqueostomia, desenvolvendo conhecimentos e consequentemente, adquirindo competências nesta área.</p> <p>Os clientes traqueostomizados requerem cuidados de enfermagem específicos, não só a nível de procedimento técnico em si, como são os cuidados diretos à traqueostomia, como no apoio às condições de adaptação à nova situação de pessoa traqueostomizada.</p> <p>Após uma entrevista não estruturada com o Enfermeiro Responsável do Serviço de Especialidades Cirúrgicas, pudemos aferir que existe uma lacuna no plano de cuidados de enfermagem ao cliente submetido a traqueostomia/traqueotomia, no sentido de se promover a uniformização dos respetivos cuidados de enfermagem. Existe a necessidade de proceder à parametrização dos cuidados no sistema de Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (CIPE), tornando a prática de enfermagem uniformizada e mensurável de uma forma internacionalmente reconhecida. Os dados originados pela utilização da CIPE® otimizam assim a segurança e a qualidade dos cuidados para os clientes e as famílias (OE, 2007).</p>

O tema escolhido surgiu não só da entrevista com o Enfermeiro Responsável, como da auscultação das necessidades de aquisição de competências da equipa de enfermagem, sendo de modo geral a opinião de que o desenvolvimento deste projeto de intervenção no serviço, seria uma mais valia.

O Serviço de Especialidades Cirúrgicas é composto por vinte e quatro camas distribuídas por nove enfermarias onde estão inseridas quatro especialidades, sendo que cinco camas são da responsabilidade de otorrinolaringologia, seis de gastroenterologia, sete de urologia e seis de ortopedia. O projeto de intervenção proposto incide na área de otorrinolaringologia, detentora de cinco camas, em que a problemática identificada não se torna muito frequente, mas quando surge levanta questões, anteriormente citadas, a nível da uniformização dos cuidados de enfermagem a estes clientes. Neste sentido achamos oportuno o desenvolvimento deste projeto de forma a promover a melhoria continua dos cuidados de enfermagem prestados a estes clientes.

### **Diagnóstico de situação**

#### **Definição geral do problema**

A observação a experiência profissional e pessoal de cada um de nós, constituem campos da prática clínica que levantam questões, surgindo assim importantes domínios a descobrir. Neste contexto de estágio específico surgiu como problema, a não sistematização da uniformização dos cuidados de enfermagem ao cliente submetido a traqueostomia/traqueotomia.

#### **Análise do problema (contextualização, análise com recurso a indicadores, descrição das ferramentas diagnósticas que vai usar, ou resultados se já as usou – 500 palavras)**

A traqueostomia/traqueotomia é um procedimento cirúrgico utilizado no tratamento de inúmeras patologias, com o fim de manter a permeabilidade das vias aéreas (Thelan, L., Stacy, K., & Lough, M., 2008). Este procedimento normalmente é realizado no bloco operatório de forma eletiva, por exemplo, nas neoplasias da laringe, ou pode mesmo ser efetuado no leito do cliente em situações críticas de obstrução das vias aéreas superiores. Após a pesquisa bibliográfica que efetuei verifiquei que existe alguma controvérsia na aplicação do termo traqueostomia ou traqueotomia. Ambos os termos têm origem grega, sendo que traqueotomia significa o procedimento cirúrgico de “abertura da traqueia”, enquanto que traqueostomia acresce o sufixo *ostomia* referindo-se à existência de um orifício ou abertura para o exterior, caracterizando-se pela fixação da traqueia à pele, mantendo-se assim a abertura das vias aéreas para o exterior (Mitchell *et al*, 2012). O mesmo autor, salienta a evidência do benefício da abordagem multidisciplinar com procedimentos uniformizados ao cliente traqueostomizado, com redução da morbilidade, mortalidade e do tempo para a descanulação. Assim como, a importância de um acompanhamento eficaz na promoção de ensinos de qualidade, envolvendo as pessoas significativas do cliente nos cuidados à traqueostomia/traqueotomia, promovendo a qualidade de vida. Consequentemente evita-se complicações e diminui-se o tempo de internamento.

Analisando o contexto de estágio em que me encontro, e pelo facto deste abranger quatro

especialidades, o surgimento de clientes possuidores de traqueostomia/traqueotomia não é muito frequente. A nível desta especialidade pelo que verifiquei, existe uma maior frequência de patologias relacionadas com problemas do nariz, como desvios do septo nasal, que provocam dificuldades respiratórias e patologias relacionadas com problemas do ouvido, como seja, as otites medias crónicas, estas elações foram retiradas por mim neste tempo de estágio, mas já procedi à requisição da estatística das patologias mais frequentes desta especialidade junto do gabinete de estatística do CHBA no período correspondente ao ano de 2012, que até ao momento ainda não me foi cedido, mas aguardo de forma a posteriormente efetuar afirmações fidedignas baseadas em dados estudados.

Para a elaboração deste diagnostico de situação, bem como para a identificação do problema, recorri a uma entrevista não estruturada com o Enfermeiro Orientador, sendo que também é o responsável pelo serviço em questão, desta entrevista surgiram algumas ideias em que seria benéfico desenvolver o projeto de intervenção no serviço, mas sempre com maior tendência para o desenvolvimento desta área. A identificação final da problemática escolhida surgiu da posterior validação do tema com a equipa de enfermagem através do mesmo método. Aproveitei as passagens de turno onde conseguia reunir um maior número de enfermeiros questionando-os sobre as suas necessidades de desenvolvimento de competências, e áreas que consideravam necessitar de melhoria da qualidade dos cuidados. A sua grande maioria enalteceu a problemática dos clientes traqueostomizados, pois é despendido muito tempo de cuidados com estas pessoas e não existe uma padronização dos cuidados descrita e efetiva, neste caso em CIPE, de forma a que este trabalho tenha a visibilidade merecida pela instituição. De forma a obter uma validação mais concreta e definir a área exata a ser abordada no projeto procedi à elaboração de um questionário (apêndice I), tendo sido o mesmo aplicado à equipa de enfermagem, no período compreendido entre o dia 16 de Janeiro e o dia 30 de Janeiro. A amostra em questão corresponde a um total de 20 enfermeiros, mas apenas 18 responderam ao questionário, ou seja, 90%, um enfermeiro encontra-se ausente ao serviço, de licença de amamentação e outro não mostrou interesse em participar no estudo. O questionário em questão é constituído por um total de 9 questões divididas em quatro partes: a primeira, é referente a aspetos relacionados com os clientes/famílias traqueostomizados, a segunda parte pretende avaliar as necessidades sentidas pela equipa em relação ao tema indicado, a terceira parte é referente à necessidade de realizar formação na área abordada, e a quarta e última parte pretende caracterizar a equipa de enfermagem. Previamente à aplicação do questionário, realizou-se um pré teste a três enfermeiros, do qual resultou apenas pequenas alterações pontuais de forma a clarificar, tornando mais perceptível certas questões.

Como principais conclusões dos dados obtidos da aplicação do questionário, saliento que a média de idades dos enfermeiros que exercem funções no serviço de especialidades cirúrgicas é de 31,39 anos, sendo que a média de anos de experiência profissional é de 7,31 anos, mas nitidamente, trata-se de uma equipa jovem com poucos anos de experiência neste serviço, com apenas 4,06 anos em média de experiência. Relativamente à primeira parte do questionário, 61,1% dos enfermeiros caracterizam o cliente traqueostomizado como uma pessoa com alteração da imagem corporal, referindo 55,6% dos enfermeiros que as maiores dificuldades sentidas nos



cuidados ao cliente traqueostomizado incide nos ensinamentos à pessoa traqueostomizada/família ou pessoa significativa, seguindo-se a problemática do apoio psicológico à família/pessoa significativa do cliente traqueostomizado com 22,2%.

Analisando a segunda parte do questionário, verificamos que do total dos 18 enfermeiros, 14, ou seja, 77,8% dos enfermeiros, considera muito importante o planeamento e consecutiva avaliação dos ensinamentos realizados ao cliente traqueostomizado. Dando ênfase, 88,9% dos enfermeiros, à importância dos cuidados de higiene à ostomia de ventilação, considerados como muito importantes. Do total da amostra que respondeu ao questionário, 94,4% afirma que os ensinamentos ao cliente traqueostomizado é muito importante, para a aceitação da sua nova condição física e psicológica. Sendo unânime, 100%, a opinião de que a uniformização dos procedimentos ao cliente traqueostomizado/traqueotomizado seria pertinente.

Relativamente à terceira parte do questionário, que faz alusão à formação, 100% dos enfermeiros atribui importância à formação dos enfermeiros na área dos ensinamentos ao cliente traqueostomizado, e 77,8% refere sentir necessidade de desenvolver competências na área dos cuidados ao cliente submetido a traqueostomia/traqueotomia.

Atualmente vive-se um tempo de incertezas, principalmente a nível político e económico, onde se verifica uma grande dificuldade na implementação de projetos, sendo esta uma realidade também vivida no seio das organizações de saúde. Por esta razão, achamos pertinente recorrer a uma ferramenta de gestão e planeamento, a análise SWOT (apêndice 4), de forma a conseguirmos identificar os pontos fortes e fracos, assim como as respetivas ameaças e oportunidades, da implementação deste projeto de intervenção no serviço, evidenciando a importância da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem com sua implementação (Baptista & Bicho, 2006).

Concentrando-nos nos pontos fortes e oportunidades verificamos que a implementação deste projeto no serviço de especialidades cirúrgicas, só contribuirá para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, uma vez que a uniformização e parametrização dos cuidados assim como dos respetivos ensinamentos aos clientes traqueotomizados/traqueostomizados, trará benefícios indiscutíveis tanto para a pessoa cuidada, como para o cuidador seja, o profissional de saúde como a pessoa significativa que posteriormente prestará apoio. Na medida, em que obrigatoriamente os cuidados de qualidade promovem a diminuição das complicações, internamentos menos prolongados, e autonomia, diminuindo a ansiedade no momento da alta clínica para o domicílio com consequentemente diminuição da taxa de recidiva de internamentos. Tudo isto, contribui necessariamente para o aumento da satisfação profissional!

Ao investirmos na criação de guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica constitui-se uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros (OE, 2001).

A pesquisa bibliográfica efetuada em base de dados científicas foi um recurso explorado com bastante frequência, de forma a possibilitar a pertinência atual do projeto em questão.

**Identificação dos problemas parcelares que compõem o problema geral (150 palavras)**

- Inexistência de uma norma que norteie a equipa de enfermagem nos ensinamentos ao cliente com traqueostomia/traqueotomia.
- Ausência de parametrização dos cuidados e ensinamentos ao cliente traqueostomizado em CIPE.

**Determinação de prioridades**

Determinar prioridades torna-se fundamental de forma a atingir a resolução do problema identificado, norteando o estudo com fim à concretização dos objetivos propostos. Neste sentido, torna-se prioritário:

- Formar a equipa de enfermagem no âmbito da temática em estudo;
- Parametrizar os cuidados de enfermagem ao cliente traqueostomizado no sistema informático em CIPE;
- Elaborar a norma de orientação em relação aos ensinamentos ao cliente traqueostomizado;
- Criar o guia de cuidados para ser disponibilizado ao cliente traqueostomizado.

**Objectivos (geral e específicos, centrados na resolução do problema.** Os objectivos terão que ser claros, precisos, exequíveis e mensuráveis, formulados em enunciado declarativo):

**OBJECTIVO GERAL**

Foi delineado como objetivo geral deste trabalho:

- Melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao cliente submetido a traqueostomia/traqueotomia.

**OBJECTIVOS ESPECIFICOS**

Foram definidos como objetivos específicos:

- Desenvolver competências dos enfermeiros na área dos cuidados ao cliente traqueostomia/traqueotomia realizando uma formação;
- Elaborar uma norma orientadora dos ensinamentos ao cliente submetido a traqueostomia/traqueotomia;
- Operacionalizar os cuidados e ensinamentos ao cliente traqueostomizado procedendo à parametrização dos mesmos em CIPE, elaborando um documento padrão;
- Criar um guia orientador de ensinamentos ao cliente traqueostomizado, promovendo a sua autonomia.

**Referências Bibliográficas (Norma da APA):**

- Bicho, L., & Batista, S. (2006). Modelo de Porter e Análise SWOT – Estratégias de Negócio. Acedido a 10 de Outubro de 2012 em : [http://www.ecnsoft.net/wp-content/plugins/downloads-manager/upload/FATEC-SBC\\_ADME\\_Forcas\\_Competitivas\\_de\\_Porter.pdf](http://www.ecnsoft.net/wp-content/plugins/downloads-manager/upload/FATEC-SBC_ADME_Forcas_Competitivas_de_Porter.pdf)
- Mitchell, et al (2012). Clinical Consensus Statement: Tracheostomy Care. *Otolaryngology – Head and Neck Surgery* 148 (1), 6-20.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Divulgar – Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Ordem dos enfermeiros, Lisboa.
- Thelan, L., Stacy, K., & Lough, M. (2008). *Enfermagem em cuidados intensivos: Diagnostico e Intervenção* (5ª ed). Lusodidactica: Lisboa.

## **Apêndice 2**

*Questionário de identificação de necessidades de competências dos  
Enfermeiros*

## Questionário de identificação de necessidades de competências dos Enfermeiros

Ex. Enfermeiro/a

O 2.º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica do Instituto Politécnico de Setúbal contempla a realização de um conjunto de estágios articulados entre si, em serviços/unidades expressamente relacionados com a prestação de cuidados em enfermagem médico-cirúrgica. Neste âmbito iremos desenvolver um Projeto de Intervenção no Serviço (PIS), no serviço de Especialidades Cirúrgicas do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE, sobre um tema identificado como necessário e pertinente. Após entrevista com o chefe/orientador, foi-nos indicada a temática dos Cuidados de enfermagem ao cliente submetido a traqueostomia/traqueotomia – A importância dos ensinamentos para a sua autonomia. O objetivo geral do projeto será assim: Melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem ao cliente submetido a traqueostomia/traqueotomia. A orientação do trabalho é efetuada pela Professora Doutora Alice Ruivo e Enfermeiro Especialista Vítor Jacinto.

No sentido de validar o respetivo diagnóstico de situação, torna-se necessário aferir as necessidades e preocupações da equipa de enfermagem, através do presente questionário, tornando-a parte ativa de todo o processo. O questionário encontra-se dividido em quatro partes: a primeira, é referente a aspetos relacionados com os clientes/famílias traqueostomizados, a segunda parte pretende avaliar as necessidades sentidas pela equipa em relação ao tema indicado, a terceira parte é referente à necessidade de realizar formação na área abordada, e a quarta e última parte pretende caracterizar a equipa de enfermagem.

Garantimos o cumprimento dos procedimentos éticos, assegurando a confidencialidade e o anonimato das fontes. A participação neste estudo é voluntária. Os dados colhidos serão utilizados em exclusivo na realização deste trabalho e na sua divulgação.

Pelo exposto, aceito participar neste estudo.

☐ Sim

☐ Não

Com os melhores cumprimentos  
Enfermeira Mónica Carmo

monicarmo@msn.com

Responda às questões colocadas, assinalando com uma cruz as opções que melhor descrevem a sua opinião. Responda também sucintamente às questões de resposta rápida. O tempo despendido para responder a este questionário é de aproximadamente 10 minutos.

## Parte I – Cliente Traqueostomizado

1. Na sua opinião, como caracteriza o cliente traqueostomizado?

Pessoa fragilizada	
Pessoa mutilada	
Pessoa com medo de enfrentar a vida social	
Pessoa motivada	
Pessoa desinteressada	
Pessoa com baixa autoestima	
Pessoa com alteração da imagem corporal	
Pessoa com relação social e familiar alterada	

2. Quais as maiores dificuldades sentidas por si nos cuidados ao cliente traqueostomizado?

Ensinos à pessoa cliente traqueostomizada/família ou pessoa significativa.	
Apoio psicológico à pessoa cliente traqueostomizada.	
Apoio psicológico à família/pessoa significativa do cliente traqueostomizado.	
Não sente dificuldades.	
Outras	

Quais? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Parte II – Ensinos ao Cliente Traqueostomizado

1. Qual o grau de importância que atribuí ao planeamento dos ensinos a realizar ao cliente traqueostomizado.

Muito Pouco Importante	Pouco Importante	Média Importância	Importante	Muito Importante

2. Qual o grau de importância que atribuí à avaliação dos ensinos a realizar ao cliente traqueostomizado.

Muito Pouco Importante	Pouco Importante	Média Importância	Importante	Muito Importante

3. Que importância atribuí aos diferentes ensinos, a realizar ao cliente traqueostomizado.

	Muito Pouco Importante	Pouco Importante	Média Importância	Importante	Muito Importante
Cuidados de higiene à ostomia de ventilação.					
Técnica da troca de cânula para higiene.					
Diferentes tipos de cânulas existentes.					
Complicações que podem surgir.					
Alteração da comunicação.					
Dificuldade na deglutição					
Evitar desportos agressivos.					
Informar dos apoios existentes na comunidade.					

4. No seu entender qual a importância dos ensinamentos ao cliente traqueostomizado, no âmbito da aceitação à sua nova condição física e psicológica.

Muito Pouco Importante	Pouco Importante	Média Importância	Importante	Muito Importante

5. Acha pertinente a uniformização dos procedimentos ao cliente submetido a traqueostomia/traqueotomia?

☐ Sim

☐ Não

### Parte III – Formação

1. Atribuí importância à formação dos enfermeiros na área dos ensinamentos ao cliente traqueostomizado?

☐ Sim

☐ Não

### Parte IV – Caracterização da Amostra

☐ Sim

☐ Não

2. Sente necessidade de desenvolver competências na área dos cuidados ao cliente submetido a Traqueostomia/Traqueotomia?



1. Idade: \_\_\_\_\_

3. Tempo de experiência profissional: \_\_\_\_\_ anos

4. Tempo de exercício profissional no Serviço de Especialidades Cirúrgicas: \_\_\_\_\_ anos

*Obrigada pela sua colaboração.*

## **Apêndice 3**

### Tratamento de dados, SPSS 20.0

## TRATAMENTO ESTATÍSTICO REFERENTE AOS DADOS OBTIDOS DO QUESTIONÁRIO – SPSS 20.0

### Parte I – Cliente Traqueostomizado

1. Na sua opinião, como caracteriza o cliente traqueostomizado?

#### Características do cliente traqueostomizado - Pessoa fragilizada

		Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Valid	Sim	7	38,9	38,9	38,9
	Não	11	61,1	61,1	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

#### Características do cliente traqueostomizado - Pessoa mutilada

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	2	11,1	11,1	11,1
	Não	16	88,9	88,9	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

#### Características do cliente traqueostomizado - Pessoa com medo de enfrentar a vida social

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	6	33,3	33,3	33,3
	Não	12	66,7	66,7	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

#### Características do cliente traqueostomizado - Pessoa motivada

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	18	100,0	100,0	100,0

#### Características do cliente traqueostomizado - Pessoa desinteressada

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	18	100,0	100,0	100,0

#### **Características do cliente traqueostomizado - Pessoa com baixa auto estima**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	8	44,4	44,4	44,4
Não	10	55,6	55,6	100,0
Total	18	100,0	100,0	

#### **Características do cliente traqueostomizado - Pessoa com alteração da imagem corporal**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	11	61,1	61,1	61,1
Não	7	38,9	38,9	100,0
Total	18	100,0	100,0	

#### **Características do cliente traqueostomizado - Pessoa com relação social e familiar alterada**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	8	44,4	44,4	44,4
Não	10	55,6	55,6	100,0
Total	18	100,0	100,0	

- 61,1% dos enfermeiros caracterizam o cliente traqueostomizado como uma pessoa com alteração da imagem corporal, seguindo-se com 44,4% das opiniões, uma pessoa com baixa autoestima e uma pessoa com relação social e familiar alterada.

## **2. Quais as maiores dificuldades sentidas por si nos cuidados ao cliente traqueostomizado?**

### **Dificuldades sentidas nos cuidados ao cliente traqueostomizado**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ensinos à pessoa cliente traqueostomizada/família ou pessoa significativa	10	55,6	55,6	55,6
	Apoio psicológico à pessoa cliente traqueostomizada.	3	16,7	16,7	72,2
	Apoio psicológico à família/pessoa significativa do cliente traqueostomizado.	4	22,2	22,2	94,4
	Não sente dificuldades.	1	5,6	5,6	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

- 55,6% dos enfermeiros refere que as dificuldades sentidas nos cuidados ao cliente traqueostomizado incide nos ensinos à pessoa traqueostomizada/família ou pessoa significativa, seguindo-se a problemática do apoio psicológico à família/pessoa significativa do cliente traqueostomizado com 22,2%.

## Parte II – Ensinos ao Cliente Traqueostomizado

1. Qual o grau de importância que atribuí ao planeamento dos ensinos a realizar ao cliente traqueostomizado.

### Planeamento dos ensinos ao cliente traqueostomizado

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muito Pouco Importante	1	5,6	5,6	5,6
	Importante	3	16,7	16,7	22,2
	Muito Importante	14	77,8	77,8	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

- Do total dos 18 enfermeiros, 14 , ou seja, 77,8% dos enfermeiros considera muito importante o planeamento e consecutiva avaliação dos ensinos realizados ao cliente traqueostomizado.

2. Qual o grau de importância que atribuí à avaliação dos ensinos a realizar ao cliente

traqueostomizado.

### **Avaliação dos ensinios ao cliente traqueostomizado**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muito Pouco Importante	1	5,6	5,6	5,6
	Importante	3	16,7	16,7	22,2
	Muito Importante	14	77,8	77,8	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

### 3. Que importância atribuí aos diferentes ensinios, a realizar ao cliente traqueostomizado?

#### **Importância dos ensinios - Cuidados de higiene à ostomia de ventilação**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Importante	2	11,1	11,1	11,1
	Muito Importante	16	88,9	88,9	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

#### **Importância dos ensinios - Técnica da troca de cânula para a higiene**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Importante	5	27,8	27,8	27,8
	Muito Importante	13	72,2	72,2	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

#### **Importância dos ensinios - Diferentes tipos de cânula existentes**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Pouco Importante	1	5,6	5,6	5,6
	Média Importância	11	61,1	61,1	66,7
	Importante	3	16,7	16,7	83,3
	Muito Importante	3	16,7	16,7	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

**Importância dos ensinos - Complicações que podem surgir**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Importante	6	33,3	33,3	33,3
	Muito Importante	12	66,7	66,7	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

**Importância dos ensinos - Alteração da comunicação**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Importante	5	27,8	27,8	27,8
	Muito Importante	13	72,2	72,2	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

**Importância dos ensinos - Dificuldade na comunicação**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Média Importªncia	1	5,6	5,6	5,6
	Importante	8	44,4	44,4	50,0
	Muito Importante	9	50,0	50,0	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

**Importância dos ensinos - Evitar desportos agressivos**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Pouco Importante	3	16,7	16,7	16,7
	Média Importªncia	6	33,3	33,3	50,0
	Importante	6	33,3	33,3	83,3
	Muito Importante	3	16,7	16,7	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

**Importância dos ensinos - Informar dos apoios existentes na comunidade**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Média Importªncia	1	5,6	5,6	5,6
	Importante	10	55,6	55,6	61,1
	Muito Importante	7	38,9	38,9	100,0

**Importância dos ensinios - Informar dos apoios existentes na comunidade**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Média Importância	1	5,6	5,6	5,6
	Importante	10	55,6	55,6	61,1
	Muito Importante	7	38,9	38,9	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

4. No seu entender qual a importância dos ensinios ao cliente traqueostomizado, no âmbito da aceitação à sua nova condição física e psicológica?

**Importância dos ensinios na aceitação da sua nova condição física e psicológica**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Importante	1	5,6	5,6	5,6
	Muito Importante	17	94,4	94,4	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

5. Acha pertinente a uniformização dos procedimentos ao cliente submetido a traqueostomia/traqueotomia?

**Uniformização dos procedimentos de enfermagem ao cliente traqueostomizado**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	18	100,0	100,0	100,0

**Parte III – Formação**

1. Atribuí importância à formação dos enfermeiros na área dos ensinios ao cliente traqueostomizado?



**Importancia da Formação dos enfermeiros na área dos ensinos ao cliente traqueostomizado**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	18	100,0	100,0	100,0

2. Sente necessidade de desenvolver competências na área dos cuidados ao cliente submetido a Traqueostomia/Traqueotomia?

**Necessidade de desenvolver competências na área dos cuidados ao cliente traqueostomizado/traqueotomizado**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	14	77,8	77,8	77,8
Nºao	4	22,2	22,2	100,0
Total	18	100,0	100,0	

**Parte IV – Caracterização da Amostra**

**Statistics**

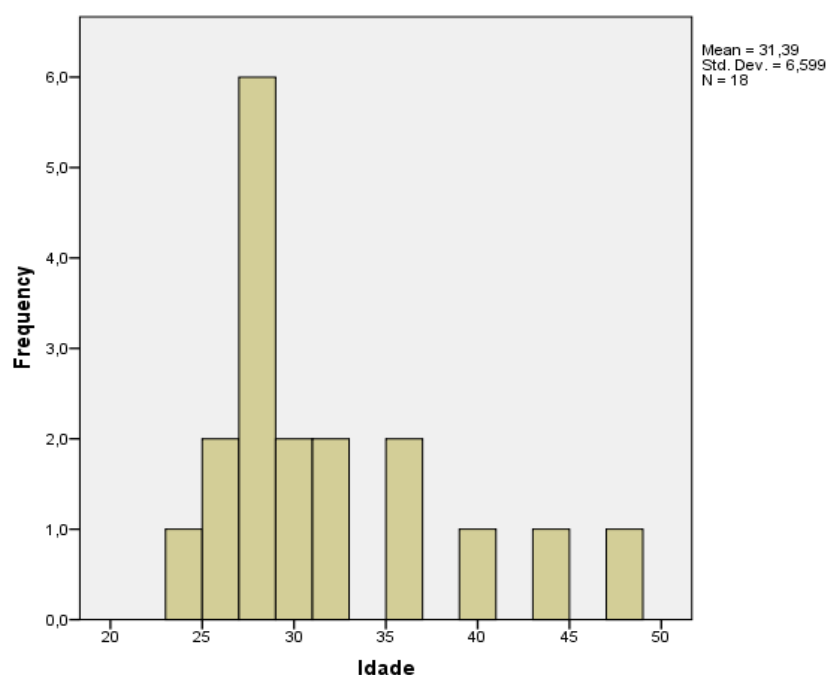
		Idade	Tempo de experiência profissional	Tempo de exercício profissional no Serviço de Especialidades Cirúrgicas
N	Valid	18	18	18
	Missing	0	0	0
Mean		31,39	7,31	4,06
Std. Error of Mean		1,555	1,387	,841
Median		28,50	5,50	3,00
Mode		27	3ª	3
Std. Deviation		6,599	5,884	3,568
Variance		43,546	34,622	12,732

Range	23	20	12
Minimum	24	1	1
Maximum	47	21	13
Sum	565	132	73

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

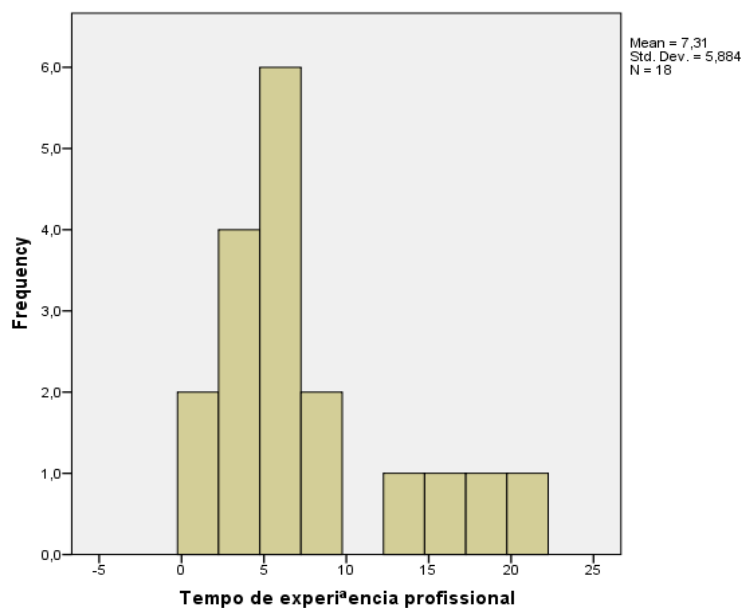
- A amostra em estudo perfaz um total de 20 enfermeiros sendo que, apenas 18 responderam ao questionário colocado, ou seja, 90%. A média de idades dos enfermeiros que exercem funções no serviço de especialidades cirúrgicas é de e 31,39 anos, sendo que a média de anos de experiência profissional é de 7,31 anos, mas nitidamente, trata-se de uma equipa com poucos anos de experiência neste serviço, com apenas 4,06 anos de experiência.

### 1. Idade dos Enfermeiros do Serviço de Especialidades Cirúrgicas



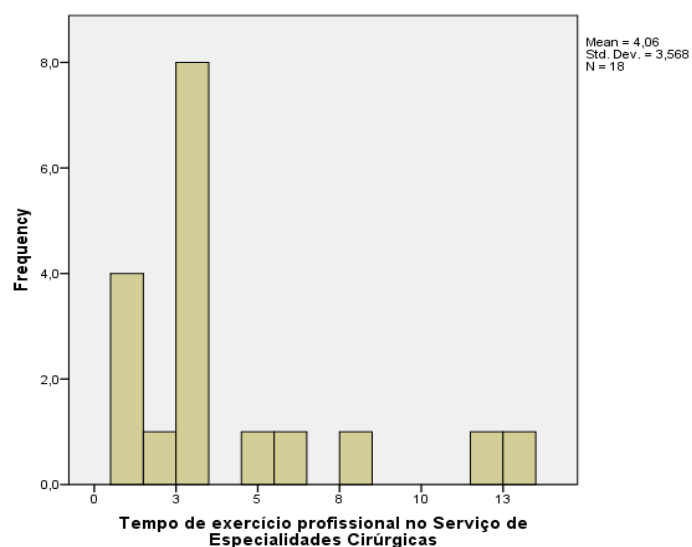
- Os 18 enfermeiros das Especialidades Cirúrgicas tem em média 31,39 anos (Desvio Padrão de 6,59 anos), com a mediana situada nos 28,5 anos e a moda a localizar-se nos 27 anos (4 dos enfermeiros do serviço).

## 2. Experiência Profissional dos enfermeiros do serviço de Especialidades Cirúrgicas



- Em média, os Enfermeiros das Especialidades Médicas têm 7,31 anos de profissão, com um desvio padrão de 5,88 anos, a mediana localiza-se nos 5,5 anos e a moda distribui-se pelos 3, 5 e 8 anos de experiência profissional.

## 3. Tempo de Exercício profissional dos Enfermeiros do serviço de Especialidades Cirúrgicas



- Quanto ao Tempo de Exercício Profissional nas Especialidades Cirúrgicas, nitidamente, trata-se de

uma equipa com poucos anos de experiência nestas especialidades, com 4,06 anos de experiência (um Desvio Padrão de 3,568 anos), com a mediana e a moda a coincidirem nos 3 anos.

## **Apêndice 4**

### *Análise SWOT*

## Análise SWOT



Concentrando-nos nos pontos fortes e oportunidades verificamos que a implementação deste projeto no serviço de especialidades cirúrgicas, só contribuirá para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, uma vez que a uniformização e parametrização dos cuidados assim como dos respetivos ensinamentos aos clientes traqueotomizados/traqueostomizados, trará benefícios indiscutíveis tanto para a pessoa cuidada, como para o cuidador seja, o profissional de saúde como a pessoa significativa que posteriormente prestará apoio. Na medida, em que obrigatoriamente os cuidados de qualidade promovem a diminuição das complicações, internamentos menos prolongados, e autonomia, diminuindo a ansiedade no momento da alta clínica para o domicílio com consequentemente diminuição da taxa de recidiva de internamentos. Tudo isto, contribuí necessariamente para o aumento da satisfação profissional!

## **Apêndice 5**

### *Planeamento do PIS*

### Planeamento do Projeto

<b>Estudante:</b> Mónica Cristina Alves do Carmo	<b>Orientador:</b> Enfermeiro Especialista Vítor Jacinto
<b>Instituição:</b> Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, CHBA	<b>Serviço:</b> Especialidades Cirúrgicas
<b>Título do Projeto:</b> “Cuidados de enfermagem ao cliente submetido a traqueostomia/traqueotomia”	
<p><b>Objectivos (geral específicos, centrados na resolução do problema.</b> Os objectivos terão que ser claros, precisos, exequíveis e mensuráveis, formulados em enunciado declarativo, discutidos previamente com o professor e o orientador):</p> <p><b><u>OBJECTIVO GERAL</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao cliente submetido a traqueostomia/traqueotomia Especialidades Cirúrgicas do CHBA.</li> </ul> <p><b><u>OBJECTIVOS Específicos</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar formação aos enfermeiros na área dos cuidados ao cliente traqueostomia/traqueotomia;</li> <li>Elaborar uma norma orientadora dos ensinios ao cliente submetido a traqueostomia/traqueotomia;</li> <li>Construir um padrão de documentação dos cuidados e ensinios ao cliente traqueostomizado procedendo à parametrização dos mesmos em CIPE;</li> <li>Criar um guia orientador de ensinios aos cliente traqueostomizado, promovendo a sua autonomia.</li> </ul>	



## 2º Mestrado em Enfermagem

**Identificação dos profissionais do serviço com quem vai articular a intervenção** (chefia direta, orientador, outros elementos da equipa, outros profissionais, outros serviços)

- Enfermeiro Vítor Jacinto (Enfermeiro Responsável do serviço de Especialidades Cirúrgicas; Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e Orientador de Estágio);
- Enfermeiro António Santos (Enfermeiro Supervisor do CHBA responsável pelo Serviço de Especialidades Cirúrgicas)
- Enfermeiro Arsénio Gregório (Enfermeiro Supervisor do CHBA e responsável pela parametrização dos planos de cuidados de enfermagem em sistema CIPE da organização);
- Equipa de Enfermagem do Serviço de Especialidades Cirúrgicas;
- Enfermeiro Responsável pela Formação em Serviço (Enfermeiro Vítor Jacinto);
- Elo de ligação Controlo de Infecção;
- Elo de ligação na área da Gestão do Risco;
- Departamento de Informática.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

## 2º Mestrado em Enfermagem

Objectivos Específicos	Atividades/Estratégias a desenvolver	Recursos			Indicadores de Avaliação
		Humanos	Materiais	Tempo	
Realizar formação para os enfermeiros na área dos cuidados ao cliente traqueostomia/traqueotomia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesquisa bibliográfica sobre os cuidados de enfermagem ao cliente com traqueostomia/traqueotomia, em base de dados científicas recorrendo a palavras chave: traqueostomia; traqueotomia; cuidados de enfermagem a pessoas traqueostomizadas/traqueotomizadas; permeabilização da via aérea; intubação, traqueostomia precoce e ostomia de ventilação;</li> <li>• Marcação e divulgação da formação;</li> <li>• Elaboração dos aportes necessários à realização da formação;</li> <li>• Validar com o Enf.º Orientador e Professora o conteúdo da formação;</li> <li>• Realização da ação de formação;</li> <li>• Avaliação da formação.</li> </ul>	<p>Enfermeiro Orientador e responsável pela formação;</p> <p>Equipa de Enfermagem;</p> <p>Departamento de informática.</p> <p>Professora Orientadora</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Base de dados electrónicas científicas, artigos e livros;</li> <li>• Computador e projetor;</li> <li>• Sala de reuniões.</li> </ul>	Cronograma	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação dos aportes para a realização da formação;</li> <li>• Apresenta Resultados da avaliação.</li> </ul>

## 2º Mestrado em Enfermagem

Elaborar uma norma orientadora dos ensinios ao cliente submetido a traqueostomia/traqueotomia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesquisa bibliográfica, sobre os ensinios de enfermagem ao cliente com traqueostomia/traqueotomia, em base de dados científicas recorrendo a palavras chave: traqueostomia; traqueotomia; cuidados de enfermagem a pessoas traqueostomizadas/traqueotomizadas; permeabilização da via aérea; intubação, traqueostomia precoce, ostomia de ventilação, ensino, autonomia e cuidador;</li> <li>• Consulta de normas de outras instituições;</li> <li>• Elaboração de um protótipo de norma sobre os cuidados ao cliente submetido a traqueostomia/traqueotomia;</li> <li>• Auscultação da equipa de enfermagem de forma a obter sugestões de melhoria, oportunamente nas passagens de turno;</li> <li>• Fornecer o protótipo do documento aos elementos de chefia e à professora orientadora;</li> <li>• Restruturação do documento tendo em conta as sugestões efetuadas.</li> <li>• Recurso a peritos para validação da norma;</li> <li>• Apresentação da norma aos enfermeiros do respetivo serviço.</li> <li>• Solicitação d a aprovação da Norma de Procedimentos no Manual de Normas do Hospital.</li> </ul>	<p>Enfermeiro Vítor Jacinto</p> <p>Enfermeiro Supervisor António Santos</p> <p>Professora Orientadora</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Base de dados electrónicas científicas, artigos e livros;</li> <li>• Computador, e projetor;</li> <li>• Sala de reuniões.</li> </ul>	Cronograma	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresenta Norma sobre os ensinios aos clientes submetidos a traqueostomia/traqueotomia;</li> <li>• Ter a norma divulgada.</li> </ul>
--	---	---	---	------------	---

## 2º Mestrado em Enfermagem

<p>Construir um padrão de documentação dos cuidados e ensinos ao cliente traqueostomizado procedendo à parametrização dos mesmos em CIPE;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesquisa bibliográfica sobre os cuidados e ensinos de enfermagem ao cliente com traqueostomia/traqueotomia, em base de dados científicas recorrendo a palavras chave: traqueostomia; traqueotomia; cuidados de enfermagem a pessoas traqueostomizadas/traqueotomizadas; permeabilização da via aérea; intubação, traqueostomia precoce e ostomia de ventilação; Consulta de outros padrões de documentação de outros serviços e instituições;</li> <li>• Elaboração de listagem de focos passíveis de seleccionar perante este diagnóstico de enfermagem;</li> <li>• Validação do documento dos fenómenos seleccionados a serem introduzidos no sistema CIPE por equipa de enfermagem e peritos;</li> <li>• Elaboração do protótipo de padrão de documentação que visa a parametrização dos ensinos e cuidados de enfermagem ao cliente traqueostomizado/traqueotomizado em CIPE; Apresentação do protótipo da parametrização dos cuidados e ensinos de enfermagem ao cliente traqueostomizado/traqueotomizado em CIPE aos enfermeiros do respetivo serviço, e respetivos elementos hierárquicos superiores em reunião posteriormente marcada;</li> <li>• Reformulação do documento tendo em conta as sugestões efetuadas.</li> <li>• Validação do documento final pelo Enf.º Orientador/Responsável, Enfermeiros Supervisores e Professora Orientadora;</li> <li>• Divulgação o documento final e introdução do mesmo no sistema informático da CIPE.</li> </ul>	<p>Enfermeiro Vítor Jacinto</p> <p>Enfermeiro Supervisor António Santos</p> <p>Enfermeiros Supervisor Arsénio Gregório</p> <p>Professora Orientadora</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Base de dados electrónicas científicas, artigos e livros;</li> <li>• Computador e projetor;</li> <li>• Sala de reuniões.</li> </ul>	<p>Cronograma</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elabora documento padrão sobre os cuidados e ensinos ao cliente traqueostomizado</li> </ul>
---	--	--	--	-------------------	--

## 2º Mestrado em Enfermagem

<p>Criar um guia orientador de ensinios aos cliente traqueostomizado, promovendo a sua autonomia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesquisa bibliográfica sobre os ensinios de enfermagem ao cliente com traqueostomia/traqueotomia, em base de dados científicas recorrendo a palavras chave: traqueostomia; traqueotomia; cuidados de enfermagem a pessoas traqueostomizadas/traqueotomizadas; permeabilização da via aérea; intubação, traqueostomia precoce, ostomia de ventilação, ensino, autonomia e cuidador; Elaboração de protótipo de guia orientador de ensinios aos clientes traqueostomizados;</li> <li>• Recurso à equipa de enfermagem e a peritos para validação do guia orientador, oportunamente nas passagens de turno e com posterior marcação de reunião;</li> <li>• Reformulação do guia atendendo às sugestões efetuadas;</li> <li>• Validação com o Enf.º Orientador e o Professora Orientadora;</li> <li>• Reformulação do guia atendendo às sugestões efetuadas;</li> <li>• Divulgação do guia aos enfermeiros do respetivo serviço, recorrendo às passagens de turno como meio difusor de informação.</li> </ul>	<p>Enfermeiro Vítor Jacinto Enfermeiro</p> <p>Supervisor António Santos</p> <p>Professora Orientadora</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Base de dados electrónicas científicas, artigos e livros;</li> <li>• Computador, impressora, projetor e folhas;</li> <li>• Sala de reuniões.</li> </ul>	<p>Cronograma</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresenta guia elaborado</li> </ul>
---	--	---	--	-------------------	--

## 2º Mestrado em Enfermagem

### Cronograma:

OBJETIVO ESPECIFICO	MÊS SEMANAS ATIVIDADES	ABRIL				MAIO					JUNHO					JULHO		
		1. <sup>a</sup> sem	2. <sup>a</sup> sem	3. <sup>a</sup> sem	4. <sup>a</sup> sem	5. <sup>a</sup> sem	6. <sup>a</sup> sem	7. <sup>a</sup> sem	8. <sup>a</sup> sem	9. <sup>a</sup> sem	10. <sup>a</sup> sem	11. <sup>a</sup> sem	12. <sup>a</sup> sem	13. <sup>a</sup> sem	14. <sup>a</sup> sem	15. <sup>a</sup> sem	16. <sup>a</sup> sem	17. <sup>a</sup> sem
	1. Pesquisa bibliográfica.																	
Realizar formação para os enfermeiros na área dos cuidados ao cliente traqueostomia/traqueotomia.	2. Marcação e divulgação da Ação de Formação.																	
	3. Elaboração dos aportes necessários à realização da Ação de Formação.																	
	4. Realização da Ação de Formação.																	
	5. Avaliação da formação.																	
	6. Elaboração da norma sobre os ensinamentos ao cliente traqueostomizado																	
Elaborar uma norma orientadora dos ensinamentos ao cliente submetido a traqueostomia/traqueotomia.	7. Recurso a peritos para validação da norma.																	
	8. Apresentação da norma aos enfermeiros do respetivo serviço.																	
	9. Elaboração do documento que visa a parametrização dos cuidados de enfermagem ao cliente traqueostomizado.																	
Desenvolver um documento padrão sobre os cuidados e ensinamentos ao cliente traqueostomizado passível de parametrização em CIPE;	10. Validação final do documento a ser implementado, pelos peritos.																	
	11. Apresentação da nova parametrização dos cuidados de enfermagem ao cliente traqueostomizado/traqueotomizado em CIPE aos enfermeiros do respetivo serviço.																	
	12. Elaboração do guia orientador de ensinamentos aos clientes traqueostomizados;																	
Criar um guia orientador de ensinamentos ao cliente traqueostomizado, promovendo a sua autonomia.	13. Recurso à equipa de enfermagem e a peritos para validação do guia orientador;																	
	14. Apresentação do guia aos enfermeiros do respetivo serviço.																	

## 2º Mestrado em Enfermagem

### **Orçamento:**

#### Recursos Humanos e Materiais:

- Sendo este um projeto de intervenção no serviço e após aferir com a equipa de enfermagem do serviço de especialidades cirúrgicas e com o Enf.º Arsénio, é expectável que não existirá custos económicos no que concerne aos recursos humanos e materiais.
- Relativamente ao material audiovisual e acessório, este será facultado pelo serviço em questão, como seja, projetor e sala de reuniões, não existindo igualmente, gastos económicos.
- Prevê-se apenas custos com folhas, impressões e eletricidade, na elaboração do guia orientador de ensinos à pessoa traqueostomizada/traqueotomizada. Extrapolando os gastos possíveis, o orçamento poderá ser de 30€.

#### **Previsão dos constrangimentos e forma de os ultrapassar:**

- Os constrangimentos previsíveis de acontecer na implementação deste projeto, estão relacionados com a fraca adesão à formação e sensibilização da equipa de enfermagem na adesão do projeto descrito. Como medida a adotar de forma a ultrapassar estas dificuldades pretende-se sensibilizar a equipa, divulgando a formação com pelo menos um mês de antecedência e de forma estratégica, nomeadamente nas passagens de turno e com a fixação de um aviso num local estratégico, ou seja, apelativo e bem visível.
- O curto tempo existente para a implementação das atividades de forma a atingir os objetivos específicos com o fim no objetivo geral, poderá tornar-se um constrangimento, mas que será ultrapassado se o cronograma for criteriosamente cumprido.

**Data:** \_\_\_\_\_ **Assinatura:** \_\_\_\_\_ **Docente:** \_\_\_\_\_

## **Apêndice 6**

### **DIVULGAÇÃO DA FORMAÇÃO**

*“Pessoa com Traqueostomia/Traqueotomia  
Cuidados de Enfermagem”*



## Formação em Serviço

### “PESSOA COM TRAQUEOSTOMIA/TRAQUEOTOMIA CUIDADOS DE ENFERMAGEM”



*Enf.<sup>a</sup> Mónica Carmo*

Dia 29 de Maio de 2013  
16horas

Sala de formação do serviço de  
especialidades cirúrgicas

## **Apêndice 7**

### **PLANO DA SESSÃO**

*“Pessoa com Traqueostomia/traqueotomia  
Cuidados de Enfermagem ”*

## **Formação em Serviço**

### ***“Pessoa com traqueostomia/traqueotomia – Cuidados de Enfermagem”***

#### **Plano da Sessão:**

**Tema:** “Pessoa com traqueostomia/traqueotomia – Cuidados de enfermagem”

**Duração:** 45 minutos

**Local:** Sala de formação do serviço de Especialidades cirúrgicas, piso 3 do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio (CHBA)

**Grupo a que se destina:** Enfermeiros do serviço de Especialidades Cirúrgicas

**Trabalho elaborado por:** Eng.<sup>a</sup> Mónica Carmo, sob orientação:: Enf.<sup>o</sup> Especialista Vítor Jacinto e Prof. Doutora Alice Ruivo

**Objectivo geral:** Contribuir para a aquisição de conhecimentos e competências nos cuidados de enfermagem à pessoa traqueostomizada/traqueotomizada.

**Objectivo específico:** Identificar as indicações e contraindicações para a realização de traqueostomia; Distinguir os vários tipos de cânulas, suas indicações e limitações; Reconhecer as complicações de uma traqueostomia/traqueotomia; Evidenciar os cuidados de enfermagem a pessoa com traqueostomia/traqueotomia.

### Divisão dos conteúdos:

Etapas	Conteúdo	Metodologia		
		Técnica	MAE	Duração
<b>Introdução</b>	Apresentação ao grupo	Expositivo/oral	Datashow/computador	5min
	Apresentação do tema			
	Introdução ao tema			
<b>Desenvolvimento</b>	Indicações para a traqueostomia /traqueotomia	Expositivo/oral	Datashow/computador	30min
	Tipos de traqueostomia			
	Complicações			
	Cuidados de enfermagem			
<b>Conclusão</b>	Norma de procedimento: "Ensinos à pessoa/cuidador traqueostomizado /traqueotomizado"	Expositivo/oral	Datashow/computador	10min
	Avaliação			

**Avaliação da formação:** questão exposta oralmente ao grupo no final na sessão, "Como proceder à aspiração de secreções em clientes traqueostomizados/traqueotomizados?"

## **Apêndice 8**

### **SESSÃO DE FORMAÇÃO**

*“Pessoa com Traqueostomia/Traqueotomia  
Cuidados de Enfermagem”*



Estágio III – Projeto de Intervenção no Serviço  
Serviço de Especialidades Cirúrgicas, CHBA, EPE

Enf.ª Mónica Carmo

29 de Maio de 2013

## Conceitos

- A **traqueostomia/traqueotomia** é um procedimento cirúrgico que consiste na abertura da traqueia para o exterior, utilizado no tratamento de inúmeras patologias com o fim de manter a permeabilidade das vias aéreas.

(Thelan, L., Stacy, K., e Lough, M., 2008)

- **Traqueotomia** - significa o procedimento cirúrgico de “abertura da traqueia”.
- **Traqueostomia** - refere-se à existência de um orifício ou abertura para o exterior, caracterizando-se pela fixação da traqueia à pele, mantendo-se assim a abertura das vias aéreas para o exterior.

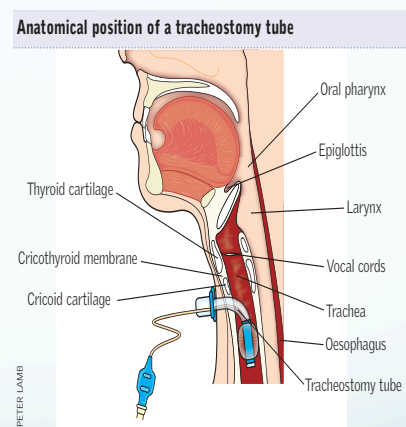
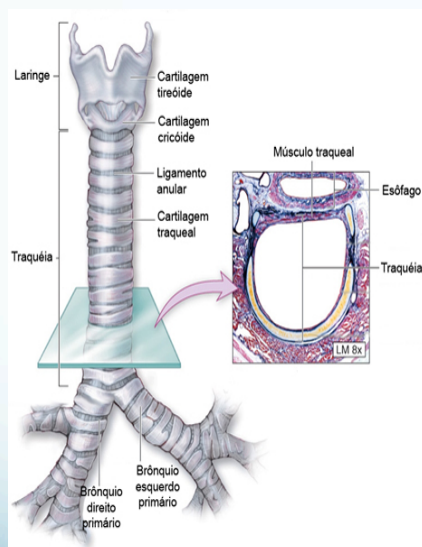
(Mitchell et al, 2012)

## Breve resenha histórica

- **3500 a.C.** - Ilustrações sobre o procedimento em papiros egípcios.
- **1546** - Médico italiano Antônio Musa Brasavola, realizou com sucesso a primeira traqueostomia documentada, numa pessoa que sobreviveu.
- **1883** - Durante a epidemia de difteria na europa, a traqueostomia foi resolutiva em 25% dos casos de obstrução da via aérea superior.
- **1909** - Chevalier Jackson sistematizou e definiu as indicações, recomendava a abertura da traqueia entre o segundo e terceiro anel.
- **1960** - Bjork introduziu modificações na técnica, abria a traqueia no terceiro anel e suturava o traqueostoma à pele para facilitar a reinserção da cânula.

(Marisco e Marisco, 2010)

## Anatomia das vias respiratórias



(Freeman, 2011)

## *Indicações para traqueostomia/ traqueotomia*

- Recurso a esta técnica verifica-se com maior frequência em clientes em estado crítico com necessidade de suporte ventilatório mecânico, mas esta realidade torna-se cada vez mais presente nos restantes serviços de saúde em pessoas que padecem de outras patologias.
- **Obstrução das vias aéreas superiores:**
  - ✓ Infecções
  - ✓ Apneia do sono
  - ✓ Disfunção laríngea
  - ✓ Aspiração de corpos estranhos
  - ✓ Acidentes com substâncias corrosivas
  - ✓ Neoplasias de faringe, laringe, traqueia ou esófago
  - ✓ Anómalias congénitas do trato respiratório superior
  - ✓ Trauma facial com edema da laringe, de traqueia, língua ou farínge

## *Indicações para traqueostomia/ traqueotomia*

- **Dificuldade de ventilação pulmonar:**
  - ✓ Estados comatosos
  - ✓ Intoxicação por barbitúricos
  - ✓ Paralisia diafragmática
  - ✓ DPOC
- **Obstrução das vias aéreas inferiores por secreções:**
  - ✓ Idade avançada
  - ✓ Afeções neuromusculares
- **Pessoas com necessidade de suporte ventilatório mecânico prolongado**

(Marisco e Marisco, 2010)



- **CONTRAINDICAÇÕES PARA TRAQUEOSTOMIA/TRAQUEOTOMIA:**

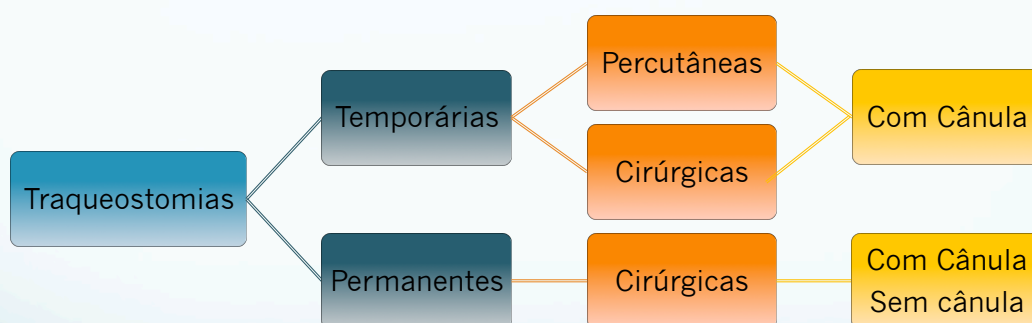
- ✓ Infecção dos tecidos moles do pescoço;
- ✓ Alteração anatômica acentuada.

- **SITUAÇÕES COMPLICADAS PARA TRAQUEOSTOMIA/TRAQUEOTOMIA:**

- ✓ Obesidade;
- ✓ Bócio;
- ✓ Cifose;
- ✓ Estenose traqueal;
- ✓ Cirurgia cervical prévia.

(Marisco e Marisco, 2010)

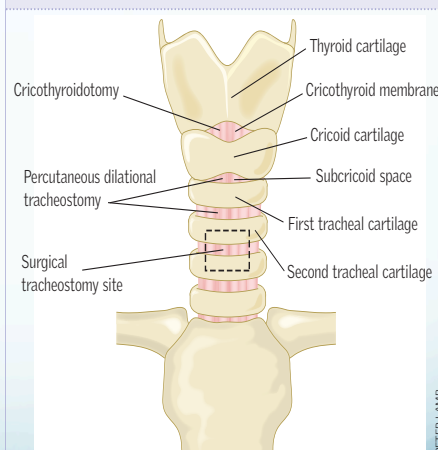
## *Tipos de traqueostomias*



# Classificação

- **Alta** – abertura realizada acima da tiróide nos dois primeiros anéis traqueais;
- **Média** – abertura através do istmo tiroideo, selecionada para portadores de bócio;
- **Baixa** – abertura a nível do 3.º e 4.º anéis traqueais, com tração do istmo tiroideo.

Sites for tracheostomy insertion



(Freeman, 2011)

## Tipos de cânulas, indicações e limitações

Types of tracheostomy tubes, indications for use and limitations

Tube type and description	Indications for use	Limitations or risks
<b>Cuffed tubes</b> have a soft balloon around the distal end of the tube which inflates to seal the airway.	A cuffed tube permits positive pressure ventilation and reduces the risk of aspiration (Russell 2005).	Overinflation of the cuff can cause mucosal injury and necrosis (Serra 2000). If the tube lumen is occluded with the cuff inflated the patient will not be able to breathe.
<b>Uncuffed tubes</b> do not have a cuff that can be inflated.	This tube is for patients who are breathing for themselves and are able to swallow safely (Russell 2005).	The patient requires an effective gag and cough reflex to protect him or her from aspiration.
<b>Fenestrated tubes</b> have openings that allow air to pass through. They require a non-fenestrated inner cannula for suctioning to ensure the suction catheter does not go through the fenestrations.	The air movement allows patients to speak with a speaking valve (Russell 2005). These tubes are used in patients weaning from ventilation (Intensive Care Society 2008).	There is an increased risk of oral or gastric content entering the lung. Granulated tissue can develop around the fenestrations (Conlan and Kopec 2000). These tubes may increase airway resistance if poorly positioned (Intensive Care Society 2008).
<b>Adjustable flanged tubes</b> are longer than standard tracheostomy tubes and the outer flanges to secure the tube can be adjusted.	These tubes are used in patients where a standard length tube will not fit properly (Russell 2005).	As the tracheostomy protrudes further from the patient's neck there is increased risk of discomfort or displacement when mobilising the patient.
<b>Silver tubes</b> are durable and withstand repeated cleaning (Serra 2000).	These tubes have an integral speaking valve making it less obvious than using a speaking valve attachment (Russell 2005).	These tubes should only be used for long-term tracheostomy care. They are heavy and expensive.

# Complicações

- **Complicações no Intraoperatório:**

- ✓ Hemorragia
- ✓ Lesão da larínge, traqueia e esófago
- ✓ Laceração da tiróide
- ✓ Paragem cardiorespiratória

- **Complicações no Pós-operatório imediato:**

- ✓ Hemorragia
- ✓ Obstrução da cânula
- ✓ Infecção
- ✓ Descanulação
- ✓ Broncoaspiração
- ✓ Enfisema subcutâneo

# Complicações

- **Complicações Tardias:**

- ✓ Granuloma;
- ✓ Estenose traqueal;
- ✓ Traqueomalácia;
- ✓ Fístula traqueo-esofágica/traqueo-cutânea/traqueo-inominada ([tronco braqueocefálico](#)).

(Vallamkondu e Visvanathan, 2011)

# *Cuidados de enfermagem*

- Humidificação das vias aéreas;
- Aspiração de secreções;
- Limpeza da cânula interna;
- Cuidados ao estoma;
- Manutenção do cuff;
- Deglutição, nutrição e hidratação;
- Comunicação;
- Descanulação;
- Ensinos à pessoa/cuidador traqueostomizada, promovendo a sua autonomia.

(Freeman, 2011)

## **HUMIDIFICAÇÃO DAS VIAS AÉREAS**

- O processo de humidificação e filtragem do ar inspirado pelas vias aéreas superiores é perdido.
  - ✓ Acumulação de secreções espessas;
  - ✓ Redução do reflexo de tosse;
  - ✓ Redução da função pulmonar.
- Aporte de oxigénio humidificado com recurso a filtro respiratório;
- Inaloterapia.

(Freeman, 2011)

## ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES

- No pós-operatório imediato as pessoas traqueostomizadas não possuem capacidade para expelir as secreções originadas na árvore bronquica.
- O objetivo é manter a via aérea desobstruída para auxiliar a respiração normal, sem causar trauma ou hipóxia.
- O calibre da sonda de aspiração deve ser selecionado adequadamente, de forma a evitar o trauma.
- Método de seleção da sonda de aspiração:  
 $\text{diâmetro da cânula} / 2 \times 3 = \text{n.º sonda de aspiração adequado}$

(Freeman, 2011)

- **Técnica de aspiração de secreções:**

- ✓ Introduzir a sonda até a pessoa iniciar o reflexo de tosse ou 0,5-1cm de profundidade, sem o modo de aspiração ativo;
- ✓ Cada aspiração não deverá ser prolongada por mais de 10-15 segundos e com uma repetição máxima de 3 vezes;
- ✓ Efetuar uma pré-oxigenação antes de efetuar a aspiração;
- ✓ A pressão de aspiração deverá ser mínima entre 80 a 150mmHg;
- ✓ Ativar o modo de aspiração apenas aquando a exteriorização da sonda;
- ✓ Utilizar técnica assética, com meios de proteção individual (luvas e máscara);
- ✓ Informar a pessoa do procedimento a realizar, diminuindo a sua ansiedade e obtendo a sua colaboração.

(Freeman, 2011)

## **LIMPEZA DA CÂNULA INTERNA**

- A cânula deverá ser limpa diariamente, ou sempre que necessário, com soro fisiológico ou água corrente recorrendo a um escovilhão se necessário;
- Adicionar água oxigenada ao soro se existirem secreções aderentes à cânula.

(Freeman, 2011)

## **CUIDADOS AO ESTOMA**

- Como ferida que é, a ostomia de ventilação, requiere técnica assética para a sua limpeza;
- Usar compressas não recortadas evitando o risco de inalação de fibras da mesma;
- Usar fita de nastro macia ou acessório apropriado na fixação da cânula;
- Prevenindo a descanulação 2 pessoas deverão proceder a troca da fita de nastro e à limpeza do espelho da cânula externa.
- Limpar o estoma e pele circundante com soro fisiológico, sempre de dentro para fora com movimentos circulares;
- Avaliar o estado da pele;
- Aplicar creme barreira na pele circundante se necessário.

(Freeman, 2011)

## MANUTENÇÃO DO CUFF

- Cânulas com cuff podem provocar ulcerações devido a pressão exercida sobre a traqueia;
  - ✓ Estenose
  - ✓ Necrose dos tecidos
  - ✓ Fístulas
- A pressão do cuff deverá variar entre 20 a 25mmHg;
- Recurso a um [cufómetro](#).

(Freeman, 2011)

## DEGLUTIÇÃO, HIDRATAÇÃO E NUTRIÇÃO

- Dificuldade em deglutir com dor associada no pós-operatório imediato (elevação da laringe e insuflação do cuff);
- Numa fase inicial recorrer a sonda nasogastrica para otimizar a nutrição;
- Instruir sobre a possibilidade de aumentar o aporte calórico;
- Colaboração com terapeuta da fala e dietista;
- Incentivar o reforço hídrico (fluidificar as secreções).

(Freeman, 2011)

## COMUNICAÇÃO

- A comunicação verbal é afetada, o tubo de traqueostomia encontra-se inserido no nível abaixo nível das cordas vocais, não existindo passagem de ar pelas mesmas de forma a criar som;
- Impossibilidade de falar cria sentimentos de frustração e medo;
- Criar métodos alternativos de comunicação:
  - ✓ Escrita
  - ✓ Imagens
- Recurso a cânula fenestrada;
- Terapeuta da fala.

## DESCANULAÇÃO

- A troca de cânula com cuff para sem cuff deverá ocorrer ao 3º dia facilitando os ensinos e a alta para o domicílio;
- A decisão de proceder a descanulação nas traqueostomias temporárias carece de uma equipa multidisciplinar e deve ser efetuado antes do 10º dia;
- O risco de recanulação é muito elevado nas primeiras 24horas;
- Informar a pessoa do procedimento evitando a ansiedade e o medo.

(Freeman, 2011 e Mitchell et al, 2012)



## ENSINOS À PESSOA TRAQUEOSTOMIZADA, PROMOVENDO A SUA AUTONOMIA.

- Norma de procedimento de enfermagem

*“Ensinos à pessoa/cuidador traqueostomizado/  
traqueotomizado”*

## Bibliografia

- Faarc, C. (2010). *Tracheostomy: Why, When, and How?* Respiratory Care. 55 (8) 1056-1068.
- Faria, C. e Santos, J. (2009). *Guia de orientação para o ensino ao doente traqueostomizado/cuidador.* ONCO.NEWS (9), 6-15.
- Freeman, S (2011). *Care of adult patients with a temporary tracheostomy.* Nursing Standard. 26 (2) 49-56.
- Marisco, P. e Marisco, G. (2010). *Traqueostomia.* Pulmão RJ. 19 (1-2) 24-32.
- Mitchell, et al (2012). *Clinical Consensus Statement: Tracheostomy Care.* Otolaryngology – Head and Neck Surgery 148 (1), 6-20.
- Vallamkondu, V. e Visvanathan, V. (2011). *Clinical review of adult tracheostomy.* Clinical Feature. 25 (5) 172-176.

## **Apêndice 9**

### **NORMA DE PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM**

*“Ensinos à Pessoa/Cuidador Traqueostomizado/Traqueotomizado”*

# **NORMA DE PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM**

## **“ENSINOS À PESSOA/CUIDADOR TRAQUEOSTOMIZADO/TRAQUEOTOMIZADO”**

### **I – INTRODUÇÃO**

A traqueostomia é um dos procedimentos cirúrgicos mais antigos e comumente utilizado nas pessoas em situação crítica, mas os clientes traqueostomizados são uma realidade, não só nas unidades de cuidados intensivos, mas também nos restantes serviços de saúde, exigindo ao enfermeiro uma constante adaptação, desenvolvimento de conhecimentos e competências que visam o despiste de complicações e intervenções adequadas de modo a promover a sua autonomia (Mitchell *et al*, 2012).

Os clientes traqueostomizados requerem cuidados de enfermagem específicos, não só a nível de procedimento técnico em si, como são os cuidados diretos à traqueostomia, como no apoio às condições de adaptação à nova situação de pessoa traqueostomizada.

### **II – OBJETIVOS**

- Melhorar a qualidade dos cuidados prestados
- Envolver o cuidador no apoio à pessoa traqueostomizada e nos cuidados no respetivo domicílio
- Transmitir conhecimentos
- Ajudar a desenvolver capacidades para o autocuidado

### **III – CONSIDERAÇÕES GERAIS**

A realização de ensinosa pessoa/cuidador com traqueostomia, assenta sobretudo na noção de continuidade de cuidados, em que se pretende contribuir para a aquisição de

conhecimentos e competências das pessoas em causa, na otimização da ostomia de ventilação durante o tempo de internamento nos cuidados diferenciados, assegurando assim a autonomia dos mesmo no domicílio. Deste modo, os profissionais de saúde, enfermeiros, poderão assumir uma posição proactiva na prestação de cuidados de saúde diferenciados, interagindo/assistindo as pessoas em contexto hospitalar, fomentando a responsabilidade individual da pessoa pela sua própria saúde, autocuidado e pelo conhecimento e utilização dos recursos em matéria de saúde após a alta (Faria e Santos, 2009).

#### **A – Quem executa**

- O/A enfermeiro/a responsável pela pessoa

#### **B – Horário**

- Os ensinamentos/instruções: nos turnos da Manhã e Tarde
- Os treinos: sempre que os procedimentos sejam realizados (por exemplo, limpeza da cânula interna)

### **IV – PROGRAMA DE ENSINO**

#### **1.ª SESSÃO – Ensinar a pessoa/cuidador sobre cuidados à traqueostomia sobre:**

- A anatomia da traqueia
- O que é uma traqueostomia
- As características do estoma
- O material necessário para a substituição da cânula de traqueostomia

#### **CONTEÚDOS:**

<b>Área de Ensino</b>	<b>Conteúdos a Desenvolver</b>
Anatomia da traqueia	A traqueia situa-se na linha média do pescoço estendendo-se a partir da laringe, até à carina onde se bifurca em brônquio direito e esquerdo. A traqueia é a primeira estrutura anatómica das vias aéreas superiores e não é compartilhada com o trato

	gastrointestinal. É composta por 16 a 20 anéis de cartilagem, semelhante a uma forma de C. Este anéis de cartilagem evitam o colapso da traqueia durante o processo de inspiração. Num adulto de estatura média a traqueia mede cerca de 10-12cm e tem 2,5cm de diâmetro (Freeman, 2011).
Definição de traqueostomia	A traqueostomia é um procedimento cirúrgico que consiste na abertura da traqueia para o exterior, utilizado no tratamento de inúmeras patologias com o fim de manter a permeabilidade das vias aéreas (Marsico e Marsico 2010).
Características do estoma	<p>A palavra “estoma” é de origem grega e significa boca ou abertura, sendo neste caso a abertura da traqueia para o exterior. O seu aspeto normal é rosado, húmido e brilhante (Mitchell <i>et al</i>, 2012).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Posicionar a pessoa/cuidador em frente a um espelho de forma a permitir a visualização do mesmo.</li> </ul>
Material para a substituição da cânula	<p>A técnica dos cuidados traqueais não é difícil de aprender, contudo, necessita de algum treino até ser corretamente executada.</p> <p>O Material necessário para a substituição da cânula:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Soro fisiológico/Água corrente (potável)</li> <li>✓ Compressas</li> <li>✓ Escovilhão ou pinça</li> <li>✓ Taça limpa para colocar a cânula interna</li> <li>✓ Fita de nastro</li> <li>✓ Penso protetor (compressas ou penso próprio)</li> <li>✓ Sabão de pH neutro</li> <li>✓ Tesoura</li> </ul>

**AVALIAÇÃO:**

<b>Avaliação de capacidades sobre:</b>	<b>Adquirido</b>	<b>Não adquirido</b>	<b>Necessita de reforço</b>
O conhecimento da pessoa/cuidador sobre as características do estoma.			
O conhecimento da pessoa/cuidador sobre o material necessário à mudança da cânula.			

**2.ª SESSÃO – Instruir a pessoa/cuidador sobre cuidados à traqueostomia sobre:**

- Modo de preparação do material
- Modo de remoção da cânula externa
- Como proceder à limpeza do estoma e pele circundante
- Como proceder à inserção da cânula

**CONTEÚDOS:**

<b>Área de Ensino</b>	<b>Conteúdos a Desenvolver</b>
Preparação do material	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adaptação da fita de nastro;</li> <li>• Preparação das compressas dobradas, para colocar entre a cânula e a pele, como forma de garantir a integridade cutânea;</li> </ul>
Remoção da cânula	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desapertar a fita de nastro;</li> <li>• A cânula interna deverá ser limpa diariamente e sempre que necessário;</li> <li>• A técnica de remoção da cânula interna faz-se fixando a cânula externa com a mão, rodando o conector da cânula interna a 90 graus no sentido oposto dos ponteiros do relógio, e posteriormente extrair a cânula interna.</li> </ul>
Limpeza do estoma e	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Limpar o estoma e pele circundante com soro fisiológico,</li> </ul>

pele circundante	sempre de dentro para fora com movimentos circulares; <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar o estado da pele;</li> <li>• Aplicar creme barreira na pele circundante se necessário.</li> </ul>
Inserção e limpeza da cânula interna	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inserir a cânula num único movimento e de rotação no sentido dos ponteiros do relógio;</li> <li>• Segurar a cânula enquanto tosse;</li> <li>• Fixar a cânula na zona lateral do pescoço com fita de nastro, dando apenas um nó e uma laçada;</li> <li>• Colocar compressa dobrada, entre a pele e o estoma;</li> <li>• A limpeza da cânula interna faz-se com água corrente e com auxílio de um escovilhão, recorrendo em caso de secreções aderentes na cânula à imersão com água oxigenada.</li> </ul>

#### **AVALIAÇÃO:**

<b>Avaliação de capacidades sobre:</b>	<b>Adquirido</b>	<b>Não adquirido</b>	<b>Necessita de reforço</b>
Avaliar eficácia do ensino sobre traqueostomia – 2.ª Sessão			

#### **3.ª SESSÃO – Treinar a pessoa/cuidador sobre cuidados a traqueostomia:**

- A posição adotada pela pessoa/cuidador
- Na preparação da cânula
- Na limpeza do estoma e pele circundante
- Na inserção e fixação da cânula, simples ou dupla
- A limpeza do material no domicílio

#### **CONTEÚDOS:**

<b>Área de Ensino</b>	<b>Conteúdos a Desenvolver</b>
Limpeza do material	Lavar diariamente a cânula que foi removida com água e sabão neutro, com auxílio de um escovilhão.

#### **AVALIAÇÃO:**

<b>Avaliação de capacidades sobre:</b>	<b>Adquirido</b>	<b>Não adquirido</b>	<b>Necessita de reforço</b>
Destreza da pessoa/cuidador na preparação da cânula.			
Destreza da pessoa/cuidador na remoção da cânula.			
Destreza da pessoa/cuidador na limpeza do estoma e pele circundante.			
Destreza da pessoa/cuidador na inserção e fixação da cânula, dupla ou simples.			
O conhecimento da pessoa/cuidador na manutenção do material.			

**4.ª SESSÃO – Informar a pessoa/cuidador sobre cuidados a traqueostomia relativamente a:**

- Atividade física
- Comunicação
- Alimentação
- Complicações que podem surgir
- Cuidados a traqueostomia
- Contactos das instituições onde poderá dirigir-se em caso de urgência

Fornecer brochura existente no serviço, alusiva à cirurgia a que foi submetido.

**CONTEÚDOS:**

<b>Área de Ensino</b>	<b>Conteúdos a Desenvolver</b>
Atividade física	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evitar atividades que exijam grandes esforços;</li> <li>• Os desportos aquáticos estão contraindicados.</li> </ul>
Comunicação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informar sobre as alterações de comunicação que sofreu e formas de adaptação (cânulas fenestradas; tapar a cânula).</li> </ul>
Alimentação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Da eventualidade de surgir dificuldade na deglutição;</li> <li>• Possibilidade da alteração de paladar e olfato;</li> <li>• Necessidade de aumentar o aporte calórico.</li> </ul>



Complicações	Eventuais complicações que possam surgir: descanulação acidental, obstrução parcial da cânula, infecção respiratória, infecção do estoma/pele circundante, hemorragia ou traumatismo.
Cuidados à traqueostomia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informar do tipo de material existente no mercado e formas de o adquirir;</li> <li>• Necessidade de proteger o traqueostoma no momento da higiene oral, para evitar a entrada de água para o mesmo;</li> <li>• Importância de uma boa higiene da traqueostomia;</li> <li>• Importância da mudança diária da cânula e sempre que necessário;</li> <li>• Importância de ter sempre uma cânula preparada para qualquer eventualidade;</li> <li>• Importância de tossir e humidificar as secreções eficazmente e técnicas de o fazer (inaloterapia, inalação de vapor de água);</li> <li>• Procurar ambientes saudáveis e livres de fumo ou poeiras, evitando o ar condicionado ou ambientes muito secos.</li> </ul>
Em caso de necessidade e de urgência	Contactar o CHBA, EPE, Serviço de Especialidades Cirúrgicas, ou deverá dirigir-se à unidade de saúde mais próxima.

#### **AVALIAÇÃO:**

<b>Avaliação de capacidades sobre:</b>	<b>Adquirido</b>	<b>Não adquirido</b>	<b>Necessita de reforço</b>
Avaliar eficácia do ensino sobre traqueostomia – 4.ª Sessão			

#### **REGISTOS:**

- CIPE/SAPE – Prescrições terapêuticas em Traqueostomia

#### **BIBLIOGRAFIA:**

- Faarc, C. (2010). *Tracheostomy: Why, When, and How?* *Respiratory Care*. 55 (8) 1056-1068.
- Faria, C. e Santos, J. (2009). *Guia de orientação para o ensino ao doente traqueostomizado/cuidador*. ONCO.NEWS (9), 6-15.
- Freeman, S (2011). *Care of adult patients with a temporary tracheostomy*. *Nursing Standard*. 26 (2) 49-56.
- Marsico, P. e Marsico, G. (2010). *Traqueostomia*. *Pulmão RJ*. 19 (1-2) 24-32.
- Mitchell, et al (2012). *Clinical Consensus Statement: Tracheostomy Care*. *Otolaryngology – Head and Neck Surgery* 148 (1), 6-20.
- Vallamkondu, V. e Visvanathan, V. (2011). *Clinical review of adult tracheostomy*. *Clinical Feature*. 25 (5) 172-176.

## **Apêndice 10**

### **POSTER**

*“Evacuação de Doentes em caso de Sinistro”*

# EVACUAÇÃO DE DOENTES EM CASO DE SINISTRO

## NORMAS GERAIS DE ATUAÇÃO

- 1 - Decisão de Evacuação** – É tomada pelo Coordenador do Plano de Emergência Interno e comunicado ao Diretor do Serviço e/ou ao Enfermeiro Chefe.
- 2 - Preparação do Doente** – Os doentes devem estar identificados, acompanhados dos equipamentos necessários à continuidade do seu tratamento e do respetivo processo clínico.
- 3 - Pessoal Interveniente** – Todos os profissionais que fazem parte do serviço, sob orientação do Chefe de Equipa de Evacuação. Os profissionais devem estar sempre identificados.

## PRIORIDADE DE EVACUAÇÃO

- 1.º** Doentes com mobilidade (que podem deslocar-se pelos seus próprios pés).
- 2.º** Doentes sem mobilidade e a **maior** distância da saída (total ou parcialmente dependentes que não se desloquem por si próprios e que estejam **mais longe** da porta de saída).
- 3.º** Doentes sem mobilidade e a **menor** distância da saída (total ou parcialmente dependentes que não se desloquem por si próprios e que estejam **mais próximo** da porta de saída).

## TÉCNICAS DE TRANSFERÊNCIA DE DOENTES



- 1** – A opção do método de transferência dos doentes depende do seu estado clínico.
- 2** – Se puder deslocar-se pelos seus próprios meios, será essa a forma a usar.
- 3** – Se não puder deslocar-se pelos seus próprios meios e a transferência for realizada por via horizontal, será transportado na própria cama, em maca ou em cadeira de rodas, para o serviço de refúgio.
- 4** – Se não puder deslocar-se pelos seus próprios meios e a transferência for realizada por via vertical, usar um dos métodos alternativos - levantamento ou arraste directo (evitar usar cama ou maca).

## A RECEÇÃO DOS DOENTES

Os Serviços ou Unidades que receberem pedido de auxílio, na evacuação de doentes de outras áreas, deverão promover a desobstrução das suas instalações e colaborar no transporte dos referidos doentes.



Realizado no âmbito do 2.º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Estágio III – Serviço de Especialidades Cirúrgicas do CHA, EPE.  
Autora: Mónica do Carmo, n.º 110519029  
Orientado por: Enf.º Especialista Vítor Jacinto e Prof. Doutora Alice Ruivo  
Bibliografia: Certitecna; Plano de segurança interno; Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio – unidade de Portimão, Dezembro de 2011; Plano de Emergência Interno do Centro Hospitalar de Setúbal, Hospital de São Bernardo, SÚCH / ITSEMAP, Maio de 2007; Imagem: Anexo 3 – Procedimento de Evacuação de Doentes (GRI.06-Rev. B) - Comissão de Gestão do Risco - 18/10/11, PEI do Centro Hospitalar de Setúbal.

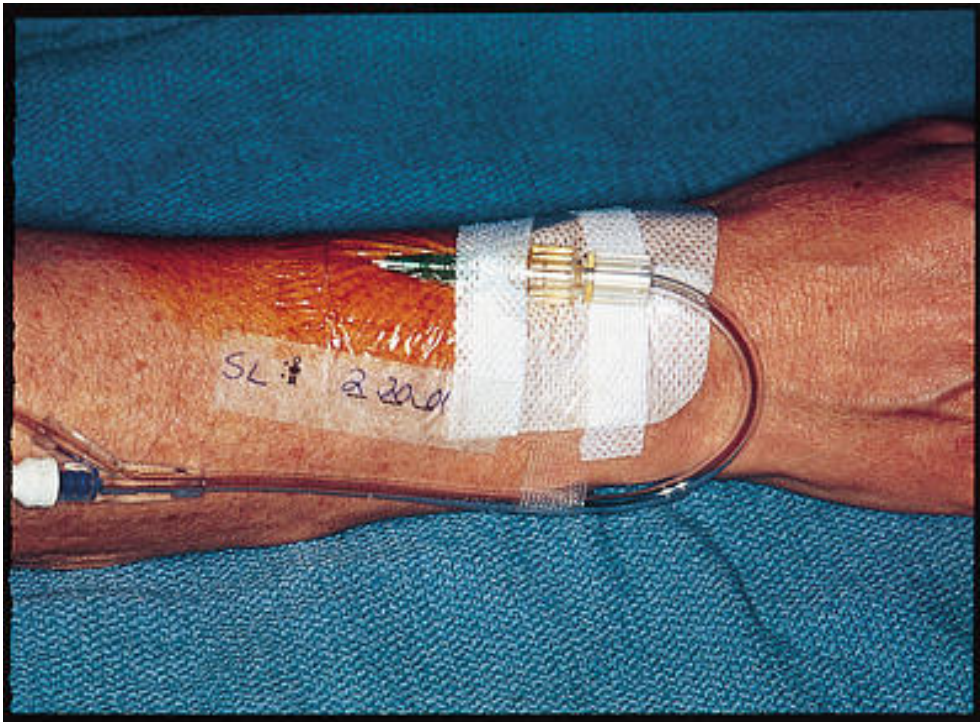
## **Apêndice 11**

### **DIVULGAÇÃO DA FORMAÇÃO**

***“Infeções associadas ao cateterismo periférico - Flebite”***

## Formação em Serviço

### “INFEÇÕES ASSOCIADAS AO CATETERISMO PERIFERICO - FLEBITE”



*Enf.<sup>a</sup> Mónica Carmo*

Dia 18 de Julho 2013

16horas

Sala de formação do serviço de  
especialidades cirúrgicas

## **Apêndice 12**

### **PLANO DA SESSÃO**

***“Infeções associadas ao cateterismo periférico - Flebite”***

## **Formação em Serviço**

### ***“Infeções associadas ao cateterismo periférico - Flebite”***

#### **Plano da Sessão:**

**Tema:** “ *Infeções associadas ao cateterismo periférico - Flebite*”

**Data:** 18 de julho de 2013

**Duração:** 45 minutos

**Local:** Sala de formação do serviço de Especialidades cirúrgicas, piso 3 do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio (CHBA)

**Grupo a que se destina:** Enfermeiros do serviço de Especialidades Cirúrgicas

**Trabalho elaborado por:** Eng.<sup>a</sup> Mónica Carmo, sob orientação:: Enf.<sup>o</sup> Especialista Vítor Jacinto e Prof. Doutora Alice Ruivo

**Objectivo geral:** Melhorar a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa cliente, aquando o recurso ao cateterismo periférico.

**Objectivo específico:** Dar a conhecer as novas guidelines do Center of Disease Control and Prevention (CDC) para a prevenção das infeções associadas ao cateterismo periférico; Evidenciar os cuidados de enfermagem aquando a técnica de punção venosa periférica, no antes, durante e após; Identificar os sinais de flebite; Promover procedimentos adequados de acordo com as orientações do CDC.



### Divisão dos conteúdos:

Etapas	Conteúdo	Metodologia		
		Técnica	MAE	Duração
<b>Introdução</b>	Apresentação ao grupo Apresentação do tema Introdução ao tema	Expositivo/oral	Datashow/computador	5min
<b>Desenvolvimento</b>	Infeção associada ao cateterismo periférico – flebite  Recomendações gerais para vigilância, formação e garantia da qualidade  Intervenções de enfermagem na inserção do cateter  Intervenções de enfermagem na vigilância do cliente portador de cateter	Expositivo/oral	Datashow/computador	30min
<b>Conclusão</b>	Prevenção das flebites – “A reter”  Avaliação	Expositivo/oral	Datashow/computador	10min

**Avaliação da formação:** questão exposta oralmente ao grupo no final na sessão, “Quais os cuidados de enfermagem que não devem ser descorados em todo o procedimento de punção venosa periférica?”

## **Apêndice 13**

### **SESSÃO DE FORMAÇÃO**

*“Infeções associadas ao cateterismo periférico – Flebite”*



Estágio III – Projeto de Aprendizagem de Competências / Intervenção na Prevenção e Controlo de Infecção  
Serviço de Especialidades Cirúrgicas, CHBA, EPE

Enf.ª Mónica Carmo

Sob orientação de:  
Enf.º Especialista Vitor Jacinto  
Prof.ª Doutora Alice Ruivo

18 de Julho de 2013

## INFEÇÃO ASSOCIADA AO CATETERISMO PERIFÉRICO

- O recurso à inserção de cateteres venosos periféricos é na atualidade uma prática indispensável em contexto hospitalar.
- Considerado o procedimento invasivo mais comum para a administração de fluídos, nutrientes, medicação, sangue e derivados além do seu importante papel na monitorização hemodinâmica dos clientes.



(Google, 2013)

(Rickard et al, 2012)

## INFECÇÃO ASSOCIADA AO CATETERISMO PERIFÉRICO

- Por anos são realizadas milhões de punções intravasculares, o que pode originar complicações locais ou sistêmicas (flebite ou infecções da corrente sanguínea), com o aumento da morbidade e do tempo de hospitalização.
- A equipa de saúde, especificamente os enfermeiros, desempenham um papel fundamental na segurança das pessoas.
- A punção venosa periférica é um procedimento realizado diariamente pelos enfermeiros, em diferentes contextos de cuidados, que exige a mobilização de diferentes competências.

(Rickard et al, 2012)

## INFECÇÃO ASSOCIADA AO CATETERISMO PERIFÉRICO - FLEBITE

- No âmbito hospitalar, a **FLEBITE** é uma das complicações mais frequentes e considerada uma das principais falhas da perfusão, que implicam a interrupção da terapia intravenosa.



(Google, 2013)



(Google, 2013)

- A **FLEBITE** é o processo inflamatório da camada íntima das veias causado por irritação mecânica, química ou infecções bacterianas, cujas manifestações incluem dor, edema, hiperemia local e calor. Na evolução pode surgir, também, cordão fibrinoso palpável, aumento da temperatura basal e, em casos infecciosos, presença de exsudado purulento no local de inserção do cateter.

(Magerot et al, 2011)



## RECOMENDAÇÕES GERAIS PARA VIGILANCIA, FORMAÇÃO E GARANTIA DA QUALIDADE



(Google, 2013)

- **FORMAÇÃO E TREINO:**

- ✓ Relativamente às indicações para o uso, procedimentos para a inserção e manutenção dos dispositivos intravasculares e as medidas apropriadas de controlo de infeção;
- ✓ Avaliar periodicamente os conhecimentos e a adesão às recomendações;
- ✓ Assegurar a dotação apropriada de recursos humanos nas unidades de saúde.

(CDC, 2011)

## RECOMENDAÇÕES GERAIS PARA VIGILANCIA, FORMAÇÃO E GARANTIA DA QUALIDADE

- **VIGILANCIA DE INFEÇÃO RELACIONADA COM O CATETER:**

- ✓ Inspeccionar regularmente (palpação e visualização) o local de inserção do cateter;
- ✓ Encorajar os próprios clientes a comunicar aos profissionais de saúde qualquer alteração no local de inserção do cateter ou desconforto;
- ✓ Registar a data, o tamanho do cateter e o local de inserção, assim como a data da sua remoção e as mudanças de penso.

- **VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA:**

- ✓ Efetuar registos da infeção relacionada com os dispositivos intravasculares (para monitorizar taxas e identificar quebras nas práticas de controlo de infeção);
- ✓ Investigar situações que conduzam a inesperadas ameaças à vida ou a um resultado fatal, inclui qualquer variação de processo cuja recorrência seja um resultado adverso.

(CDC, 2011)

## INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA INSERÇÃO DO CATETER

- **ANTES DA INSERÇÃO DO CATETER:**

- ✓ **Higiene das mãos:**

- Recorrendo a água e sabão, ou antisséptico à base de álcool.

- ✓ **Seleção adequada do calibre do cateter:**

- Obejtivo da sua colocação e tempo de utilização, complicações conhecidas (flebitis e infiltração) e a experiencia individual do profissional;
- Evitar o uso de agulhas de aço (tipo “butterfly”) para a administração de fluídos ou medicação que possam causar necrose dos tecidos, no caso de extravasar;
- Se terapia intravenosa superior a 6 dias, considerar o uso de outros dispositivos intravasculares.

- ✓ **Seleção do local anatómico:**

- Preferencialmente escolher um membro superior, da zona distal para a proximal.

(CDC, 2011 e Oliveira e Parreira, 2010)

## INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA INSERÇÃO DO CATETER

- **INSERÇÃO DO CATETER:**

- ✓ **Técnica asséptica apropriada na manipulação do cateter:**

- Luvas não esterilizadas (Precauções Básicas, com o objetivo de diminuir o risco de exposição a agentes patogênicos da via sanguínea);
- Desinfecção local com o antisséptico adequado (álcool 70°, clorhexidina 0,5%)
- técnica “no-touch”.



(Google, 2013)

- **APÓS A INSERÇÃO DO CATETER:**

- ✓ **Fixação do catéter (execução de penso):**

- Avaliar diariamente sinais de sensibilidade no local de inserção, palpando através do penso opaco ou visualizando se o penso for transparente. Os pensos de gaze opacos não devem ser removidos, desde que o doente não apresente sinais de infecção.

(CDC, 2011 e Oliveira e Parreira, 2010)



## INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA INSERÇÃO DO CATETER

### ✓ Frequência da substituição do cateter:

- Substituir os cateteres em cada 72-96 horas, para minimizar o risco de flebite. Se acessos venosos limitados e não existe evidência de flebite ou infecção, o cateter pode permanecer por um maior período de tempo;
- Remover os cateteres venosos quando o cliente apresenta sinais de flebite (calor, rubor, eritema, cordão venoso à palpação) no local de inserção, ou quando há sinais de não permeabilidade.

### ✓ Manutenção do cateter e do local de inserção:

- Não aplicar por rotina pomadas ou cremes antimicrobianos no local de inserção dos cateteres venosos periféricos.

(CDC, 2011 e Oliveira e Parreira, 2010)

## INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA INSERÇÃO DO CATETER

### ✓ Frequência da troca de sistemas de administração de fluídos:

- Em clientes que não receberam sangue, hemoderivados ou emulsões de gordura, substituir os conjuntos de administração que são usados continuamente, incluindo conjuntos secundários e dispositivos adicionais, em intervalos não inferiores a 72-96 horas, podendo mesmo chegar a intervalos de 7 dias.
- Substituir os sistemas utilizados para administrar sangue, produtos derivados do sangue, ou nutrições parentéricas totais, no período de 24 horas após o início da perfusão.

(CDC, 2011 e Oliveira e Parreira, 2010)

## INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA INSERÇÃO DO CATETER

- Substituir os sistemas utilizados para administrar perfusões de propofol a cada 6 ou 12 horas, quando o frasco é substituído, conforme recomendação do fabricante.
- ✓ **Registo da inserção do cateter:**
  - Registrar o local, calibre e data em que foi colocado o cateter.



(CDC, 2011 e Oliveira e Parreira, 2010)

## INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA INSERÇÃO DO CATETER

- **O serviço onde é colocado o cateter:**
  - ✓ Existe a crença generalizada de que os cateteres inseridos no serviço de urgência têm maior probabilidade de vir a desenvolver flebites do que noutro serviço. Alegando que o contexto pode não permitir assegurar a técnica assética, mas tal não é confirmado pela evidência.
- **Influência do número de cateteres inseridos:**
  - ✓ Existe um aumento da incidência de flebites com aumento do número de cateteres inseridos.

(CDC, 2011 e Oliveira e Parreira, 2010)



## INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA VIGILÂNCIA DO CLIENTE PORTADOR DE CATETER

- **Remoção e substituição dos cateteres**
  - ✓ A remoção e substituição “por rotina” dos cateteres não deve ser recomendada, devendo ser incentivada uma vigilância mais efetiva do local de inserção.
- **Flushing**
  - ✓ A lavagem dos cateteres, como forma de prevenir a sua obstrução ou tromboflebite, deve ser evitada.
- **Tipo de perfusão (contínua ou intermitente)**
  - ✓ Maior incidência de flebite em perfusões intermitentes do que contínuas.

(CDC, 2011 e Oliveira e Parreira, 2010)

## INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA VIGILÂNCIA DO CLIENTE PORTADOR DE CATETER

- **Frequência de administração de medicamentos**
  - ✓ Frequência superior a quatro vezes por dia, tem duas vezes mais probabilidade de provocar flebites do que frequências entre 1-3 vezes por dia.
  - ✓ A desinfecção das conexões do cateter com álcool a 70% ou outro antisséptico (clorhexidina 0,5%) resulta em menores taxas de infecção.
- **Fluídos administrados**
  - ✓ Fluídos hipertônicos aumentam a probabilidade de ocorrência de flebite, assim como, quando usadas bombas infusoras.
- **Critério de vigilância (recurso a escalas de avaliação de flebites)**

(CDC, 2011 e Oliveira e Parreira, 2010)

## INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA VIGILÂNCIA DO CLIENTE PORTADOR DE CATETER

- **Phlebitis Scale** (Infusion Nursing Standards of Practice 2011)

- ✓ **Grau 0** – Sem sintomas
- ✓ **Grau 1** – Eritema com ou sem dor local
- ✓ **Grau 2** – Dor com eritema e ou edema
- ✓ **Grau 3** – Dor com eritema e ou edema, com endurecimento e cordão fibroso palpável
- ✓ **Grau 4** – Dor com eritema e ou edema, com endurecimento e cordão fibroso palpável maior que 2,5cm de comprimento e exsudado purulento.

TABLE 1 Phlebitis Scale	
Grade	Clinical Criteria
0	No symptoms
1	Erythema at access site with or without pain
2	Pain at access site with erythema and/or edema
3	Pain at access site with erythema
	Streak formation
	Palpable venous cord
4	Pain at access site with erythema
	Streak formation
	Palpable venous cord > 1 inch in length
	Purulent drainage

(Adams, 2011)

## PREVENÇÃO DAS FLEBITES – “A RETER”

- Importância dos cuidados de enfermagem na inserção do cateter, assim como, são fundamentais os cuidados realizados durante o tempo de permanência do cateter.
- Vigilância da pessoa de forma mais específica ao local de inserção do cateter venoso periférico e as intervenções de manutenção do dispositivo.
- Importância do conhecimento e da formação contínua sobre guidelines, para a prática dos cuidados e para a redução de complicações.
- Higienização das mãos, seleção do calibre do cateter e documentação das intervenções realizadas, contribuem para a prevenção de flebitis.



## PREVENÇÃO DAS FLEBITES – “A RETER”

- A presença ou não de flebite é um indicador de qualidade dos cuidados de enfermagem.
- Atuar conforme a norma em vigor na Instituição – RECOMENDAÇÕES PARA A PREVENÇÃO DE INFECÇÃO NOSOCOMIAL ASSOCIADA A DISPOSITIVOS INTRAVASCULARES, n.º 16/I/S 2007, neste momento em atualização.

## BIBLIOGRAFIA

- Adams, J. et al (2011 january/february). Infusion related complication – phelbitis. Infusion Nursing Standards of Practice, 34 (15), 65-67.
- CDC (2011). Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections.
- Google (2013). Acedido em 25 de Junho em [www.google.com/imghp](http://www.google.com/imghp).
- Magerote, N. et al (2011 julho-setembro). Associação entre flebite e retirada de cateteres intravenosos periféricos. Texto contexto de enfermagem, Florianópolis 20 (3), 486-492.
- Oliveira, A. e Parreira, P. (2010 dezembro). Intervenções de enfermagem e flebitis decorrentes de cateteres venosos periféricos. Revisão sistemática da literatura. Revista de enfermagem referência, III (2), 137-147.
- Rickard, C. et al (2012 september). Routine versus clinically indicated replacement of peripheral intravenous catheters: a randomised controlled equivalence trial. Australian national health and medical research Council, 380, 1066-1074.

## **Apêndice 14**

### **OBSERVAÇÕES**

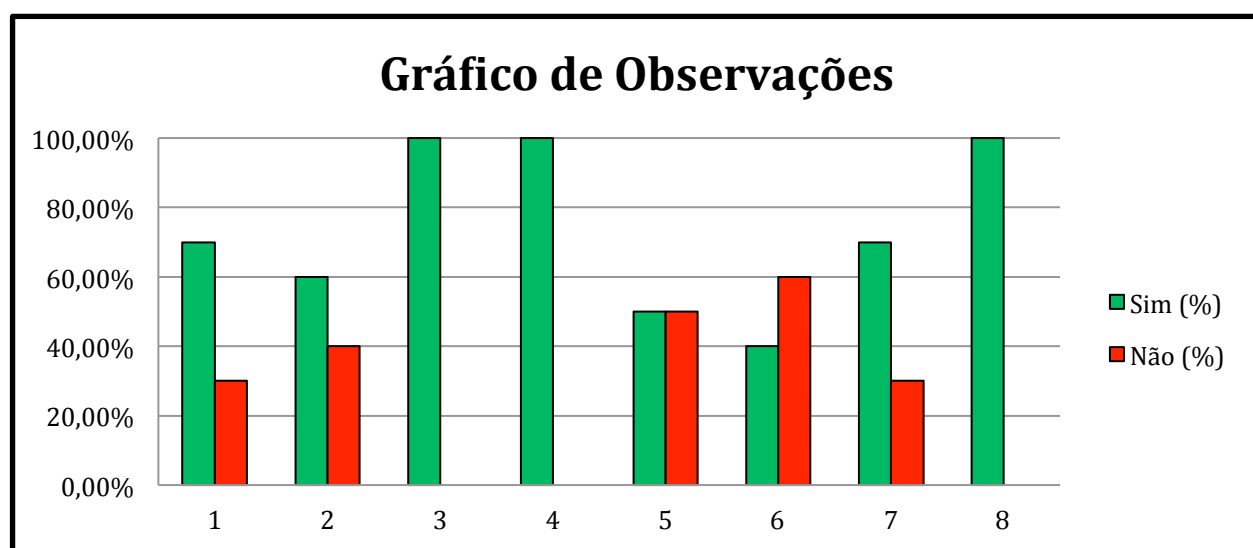
***“Infeções associadas ao cateterismo periférico – Flebite”***

## ***“Infecções associadas ao cateterismo periférico – Flebite”***

Conclusão das observações realizadas segundo as guidelines do Center for Disease Control and Prevention (CDC) para a prevenção de infecções intravasculares associadas ao cateterismo periférico, após ação de formação realizada no dia 18 de Julho 2013 no Serviço de Especialidades Cirúrgicas do CHA, unidade de Portimão, EPE. Num total foram observados 10 profissionais, numa equipa de 19 enfermeiros, tendo sido efetuada uma observação participante, num momento único. Os resultados obtidos têm como objetivo promover a reflexão da prática e promover melhores práticas neste âmbito, sem qualquer sentido pejorativo para a equipa.

### **Itens observados:**

1. Higiene das mãos.
2. Explica o procedimento ao cliente.
3. Escolha do local de inserção do cateter.
4. Escolha do calibre do cateter.
5. Técnica assética durante a inserção do cateter.
6. Manipulação do cateter (desinfecção das conexões com álcool a 70%).
7. Observação do local de inserção do cateter (despiste de sinais de flebite).
8. Troca do cateter no período recomendado pelo CDC (72-96) ou quando necessário (flebite).



## **Apêndice 15**

### **ARTIGO**

“Pessoa com Traqueostomia – CUIDADOS DE ENFERMAGEM”

## Pessoa com Traqueostomia – CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Mónica do Carmo<sup>1</sup>, Alice Ruivo<sup>2</sup>, Vítor Jacinto<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Estudante do 2º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da ESS/IPS, Enfermeira no serviço de Cirurgia 3A do Centro Hospitalar do Algarve, Unidade de Portimão;

<sup>2</sup> Coordenadora do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da ESS/IPS, Professora Doutora da Escola Superior de Saúde de Setúbal do Instituto Politécnico de Setúbal;

<sup>3</sup> Enfermeiro Responsável do serviço de Especialidades Cirúrgicas do Centro Hospitalar do Algarve, Unidade de Portimão, Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

---

### RESUMO

A traqueostomia/traqueotomia é um dos procedimentos cirúrgicos mais antigos utilizado no tratamento de inúmeras patologias, com o fim de manter a permeabilidade das vias aéreas. É comumente utilizado nos clientes em situação crítica. No entanto clientes traqueostomizados são uma realidade, não só nas unidades de cuidados intensivos, como também nos restantes serviços de saúde (Mitchell *et al.*, 2012; Thelan, L., Stacy, K., e Lough, M., 2008). O presente artigo de revisão de literatura, surge de uma pesquisa bibliográfica exaustiva realizada em base de dados eletrónicas científicas, no âmbito da concretização do 2.º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (ESS/IPS). Com este artigo pretendemos, sucintamente revisar linhas orientadoras de cuidados de enfermagem às pessoas traqueostomizadas, contribuindo para uma atualização de conhecimento e para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, promovendo a uniformização ou sistematização dos cuidados aliados à personalização dos procedimentos.

**Palavras chave:** traqueostomia; traqueotomia; cuidados de enfermagem; permeabilização das vias aéreas e ostomia de ventilação, revisão literatura.

### ABSTRACT

The Tracheostomy/Tracheotomy is one of the oldest surgical procedures in the treatment of several pathologies, in order to keep the airway clear. It is commonly used for clients in critical condition, but this kind of patients is a reality, not only in intensive care units. However tracheostomy clients are a reality, not only in intensive care units, as well as in other health services (Mitchell *et al.*, 2012; Thelan, L., Stacy, K., and Lough, M., 2008). The following literature review article emerges from an exhaustive bibliographic research held in scientific electronic databases under the completion of the 2<sup>nd</sup> Master's Degree in Surgical and Medical Nursing of Setubal's Health School Polytechnic Institute of Setúbal (ESS/IPS). With this article, it is briefly intended to review the guidelines

for nursing care on people with tracheostomies, contributing to an update of knowledge and to improve the quality of nursing care, promoting standardization and systematization of care combined with customization procedures.

**Keywords:** tracheostomy; tracheotomy; nursing care to people with tracheostomy/tracheotomy; permeabilization airway, stoma ventilation and literature review.

## NOTA INTRODUTÓRIA

O presente artigo de revisão de literatura surge no seguimento do desenvolvimento de um Projeto de Intervenção no Serviço, no âmbito do 2.º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da ESS/IPS Os estágios foram concretizados num serviço de especialidades cirúrgicas de uma unidade hospitalar, onde foi constatada uma afluência significativa de pessoas traqueostomizadas, pois neste está inserido a especialidade de otorrinolaringologia.

A aprendizagem no local de trabalho tem-se vindo a configurar como um novo paradigma da formação, destacando-se cada vez mais a integração do lugar de aprender com o lugar de fazer para que o meio profissional se transforme num meio educativo, um local privilegiado para a edificação do saber (Sousa, 2003). Salientando a importância de ter conhecimentos científicos, ser competente como enfermeiro, usar princípios científicos, demonstrar em situações reais, entusiasmo na qualidade dos cuidados e interesse na atualização, pretendemos incentivar os profissionais de enfermagem a assumir uma posição proativa na sua prática de cuidados, fundamentada em estudos científicos, com o objetivo de obter ganhos em saúde para os clientes e suas famílias.

Efetuamos uma exaustiva pesquisa bibliográfica em base de dados científicas eletrónicas, nomeadamente a B-on, EBSCO e PubMed, com o recurso às palavras chave mencionadas no artigo em português e inglês, no período de tempo compreendido entre Maio e Dezembro de 2013, adotando os seguintes critérios de inclusão: artigos publicados à menos de cinco anos, relativos aos cuidados de enfermagem a adultos com traqueostomia. Os critérios de exclusão adotados foram: artigos publicados à mais de cinco anos, relativos aos cuidados de enfermagem a crianças e específicos das unidades de cuidados intensivos. Encontramos quatro artigos que sustentaram a elaboração deste artigo, com conteúdos abrangentes sobre os cuidados de enfermagem aos clientes com traqueostomia, sendo unânimes na importância da formação profissional e uniformização dos cuidados com o benefício máximo para o cliente e logo na melhoria contínua da qualidade dos cuidados. O presente artigo tem como objetivo fomentar a atualização de conhecimento para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, promovendo a uniformização ou sistematização dos cuidados aliados à personalização dos procedimentos.



## FUNDAMENTAÇÃO

Ilustrações sobre o procedimento da traqueostomia foram encontrados em papiros egípcios que remontam a 3500 a.C. Devido ao pouco conhecimento de anatomia os maus resultados deste procedimento condicionou a sua execução por rotina, sendo apenas realizado em clientes em estado crítico muito grave. Só em 1546 o médico italiano António Musa Brasavola efetuou com sucesso a primeira traqueostomia documentada numa pessoa com “abcesso na garganta” que sobreviveu. No ano de 1883, durante a epidemia de difteria na Europa, a traqueostomia foi resolutive em 25% dos casos de obstrução da via aérea superior. Este procedimento continuava a não ser plenamente aceite pois era associado à alta mortalidade, sendo realizado apenas em último caso, praticamente aquando a paragem respiratória na difteria, obstrução por corpos estranhos, traumas e afeções inflamatórias agudas, tuberculose e sífilis laríngea. Chevalier Jackson em 1909, sistematizou e definiu as indicações, recomendando a abertura da traqueia na parede anterior cervical entre o segundo e terceiro anel da mesma. Em 1960, Bjork introduziu modificações na técnica, abria a traqueia no terceiro anel e suturava o traqueostoma à pele para facilitar a reinserção da cânula. Após esta última data o conhecimento e a experiência adquirida sobre o procedimento evoluíram e o mesmo foi simplificado, passando a ser realizado no próprio leito das unidades de tratamento intensivo, dispensando o recurso ao bloco operatório (Marsico e Marsico, 2010).

Aquando a realização da pesquisa bibliográfica, verificamos que existe alguma controvérsia na aplicação do termo traqueostomia ou traqueotomia.

Ambos os termos têm origem grega, sendo que traqueotomia significa o procedimento cirúrgico de “abertura da traqueia”, enquanto que traqueostomia acresce o sufixo *os* referindo-se à existência de um orifício ou abertura para o exterior, caracterizando-se pela fixação da traqueia à pele, mantendo-se assim a abertura das vias aéreas para o exterior (Mitchell *et al.*, 2012).

## ANATOMIA DAS VIAS RESPIRATÓRIAS

A traqueia estende-se desde a laringe até à carina onde posteriormente se divide em brônquio direito e brônquio esquerdo. A traqueia corresponde à primeira parte do aparelho respiratório não sendo partilhada pelo aparelho gastrointestinal. Formada por 16 a 20 anéis de cartilagem em forma de C que previnem o colapso da mesma durante os ciclos respiratórios nomeadamente na inspiração (Freeman, 2011).

## TRAQUEOSTOMIA – INDICAÇÕES

A traqueostomia/traqueotomia é um procedimento cirúrgico que consiste na abertura da traqueia para o exterior, utilizado no tratamento de inúmeras patologias com o fim de manter a permeabilidade das vias aéreas (Thelan, L., Stacy, K. e Lough, M., 2008). A inserção da traqueostomia deverá ser entre o segundo e o terceiro anel ou entre o terceiro e o quarto anel da traqueia, a inserção a nível do primeiro anel deverá ser evitada pelo risco aumentado de estenose subglótica (Vallamakundu e Visvanathan, 2011). O recurso a esta técnica verifica-se com maior frequência em clientes em estado crítico com necessidade de suporte ventilatório mecânico prolongado, mas esta realidade torna-se cada vez mais presente nos restantes serviços de saúde em pessoas que

padecem de outras patologias. A realização de traqueostomia/traqueotomia encontra-se igualmente indicada em casos de:

- *Obstrução das vias aéreas superiores*, por infeções, apneia do sono, disfunção laríngea, aspiração de corpos estranhos, acidentes com substâncias corrosivas, neoplasias da faringe, laringe, traqueia ou esófago, anomalias congénitas do aparelho respiratório superior e trauma facial com edema da laringe, da traqueia, língua ou faringe.
- *Dificuldade de ventilação pulmonar*, por estados comatosos, intoxicação por barbitúricos, paralisia diafragmática ou doença pulmonar obstrutiva crónica.
- *Obstrução das vias aéreas inferiores por secreções*, devido a idade avançada ou afeções neuromusculares (Marsico e Marsico, 2010).

Segundo o mesmo autor, a presença de infeção dos tecidos moles do pescoço e de alteração anatómica acentuada constituem as contraindicações para a realização da traqueostomia (Marsico e Marsico, 2010). Outras patologias, como a obesidade, bócio tireoidiano, cifose, estenose traqueal e cirurgia cervical prévia não impedem a realização do procedimento cirúrgico mas são situações complicadas que podem originar alguma dificuldade e contribuir para a mudança na técnica de incisão.

Uma vez efetuada a incisão é inserido o tubo de traqueostomia, obtendo assim uma via respiratória artificial. Estão disponíveis diferentes tipos de tubos de traqueostomia e de vários tamanhos. O tipo e o tamanho do tubo mais adequado para cada pessoa

depende das necessidades da mesma e do tamanho da traqueia (Freeman, 2011). O quadro seguinte apresenta os vários tipos de tubos de traqueostomia existentes, associando as indicações e limitações de cada um.

Types of tracheostomy tubes, indications for use and limitations		
Tube type and description	Indications for use	Limitations or risks
Cuffed tubes have a soft balloon around the distal end of the tube which inflates to seal the airway.	A cuffed tube permits positive pressure ventilation and reduces the risk of aspiration (Russell 2005).	Overinflation of the cuff can cause mucosal injury and necrosis (Serra 2000). If the tube lumen is occluded with the cuff inflated the patient will not be able to breathe.
Uncuffed tubes do not have a cuff that can be inflated.	This tube is for patients who are breathing for themselves and are able to swallow safely (Russell 2005).	The patient requires an effective gag and cough reflex to protect him or her from aspiration.
Fenestrated tubes have openings that allow air to pass through. They require a non-fenestrated inner cannula for suctioning to ensure the suction catheter does not go through the fenestrations.	The air movement allows patients to speak with a speaking valve (Russell 2005). These tubes are used in patients weaning from ventilation (Intensive Care Society 2008).	There is an increased risk of oral or gastric content entering the lung. Granulated tissue can develop around the fenestrations (Conlan and Kopce 2000). These tubes may increase airway resistance if poorly positioned (Intensive Care Society 2008).
Adjustable flanged tubes are longer than standard tracheostomy tubes and the outer flanges to secure the tube can be adjusted.	These tubes are used in patients where a standard length tube will not fit properly (Russell 2005).	As the tracheostomy protrudes further from the patient's neck there is increased risk of discomfort or displacement when mobilising the patient.
Silver tubes are durable and withstand repeated cleaning (Serra 2000).	These tubes have an integral speaking valve making it less obvious than using a speaking valve attachment (Russell 2005).	These tubes should only be used for long-term tracheostomy care. They are heavy and expensive.

(Freeman, 2011, p.52)

## COMPLICAÇÕES

As complicações da traqueostomia são raras, porém, quando surgem podem tornar-se graves. Segundo Marsico e Marsico, 2010 são mais frequentes nas traqueostomias de urgência sem intubação prévia, principalmente em crianças. As complicações podem ocorrer no intraoperatório, pós-operatório imediato e desenvolver-se numa fase mais tardia.

- *Complicações no Intraoperatório*: hemorragia; lesão da laringe, traqueia e esófago; laceração da tiróide e paragem cardiorrespiratória.
- *Complicações no Pós-operatório Imediato*: hemorragia; obstrução da cânula; infeção; descanulação; broncoaspiração e enfisema subcutâneo.
- *Complicações Tardias*: granuloma; estenose traqueal; traqueomalácia e fistula

traqueo-esofágica / traqueo-cutânea / traqueo-inominada (Marsico e Marisco, 2010 e Vallamakundu e Visvanathan, 2011).

## INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Nos cuidados a estes clientes o enfermeiro deve realizar uma avaliação completa da pessoa tendo em conta o atual padrão respiratório da mesma, o motivo da traqueostomia/traqueotomia assim como o procedimento utilizado e qual o tipo e tamanho do tubo que está a ser usado no momento. Os cuidados de enfermagem específicos aquando a presença de traqueostomia/traqueotomia estão relacionados com, a correta humidificação das vias aéreas; aspiração de secreções; limpeza da cânula interna; cuidados ao estoma; manutenção do cuff; deglutição, nutrição e hidratação; comunicação e descanulação, promovendo assim a autonomia da pessoa (Freenam, 2011).

- *Humidificação das vias aéreas:*

O processo de humidificação e filtragem do ar inspirado pelas vias aéreas superiores é perdido, logo a acumulação de secreções espessas, a redução do reflexo de tosse e a redução da função pulmonar pode desenvolver-se. Deve recorrer-se ao aporte de oxigénio humidificado com recurso a filtro respiratório e à inaloterapia.

- *Aspiração de secreções:*

No pós-operatório imediato as pessoas traqueostomizadas não possuem capacidade para expelir as secreções originadas na árvore brônquica. O objetivo é manter a via aérea desobstruída para auxiliar a respiração normal, sem causar

trauma ou hipóxia. O calibre da sonda de aspiração deve ser selecionado adequadamente, de forma a evitar o trauma, utilizando o seguinte método para a seleção: diâmetro da cânula / 2 x 3 = n.º sonda de aspiração.

- *Limpeza da cânula interna:*

A cânula deverá ser limpa diariamente, ou sempre que necessário, com soro fisiológico ou água corrente recorrendo a um escovilhão se necessário. Deverá adicionar-se água oxigenada ao soro se existirem secreções aderentes à cânula.

- *Cuidados ao estoma:*

Como ferida que é, a ostomia de ventilação, requiere técnica assética para a sua limpeza. Deverá usar-se compressas não recortadas, evitando o risco de inalação de fibras das mesma. Usar fita de nastro macia ou acessório apropriado na fixação da cânula. De forma a prevenir a descanulação duas pessoas deverão proceder à troca da fita e à limpeza do espelho da cânula externa. Efetuar a limpeza do estoma e pele circundante com soro fisiológico, sempre de dentro para fora com movimentos circulares. Avaliar o estado da pele e se necessário aplicar creme barreira na pele circundante.

- *Manutenção do cuff:*

As cânulas com cuff podem provocar ulcerações devido à pressão exercida sobre a traqueia, podendo desenvolver-se estenose, necrose dos tecidos e fístulas. A pressão do cuff deverá ser controlada através de um cuffómetro e variar entre 20 a 25mmHg.

- *Deglutição, hidratação e nutrição:*

A dificuldade em deglutir com dor associada é uma realidade no pós-operatório imediato, devido à elevação da laringe e insuflação do cuff. Numa fase inicial deverá recorrer-se à sonda nasogástrica para otimizar a nutrição. Instruir a pessoa sobre a possibilidade de aumentar o aporte calórico, incentivando o reforço hídrico de forma a promover a fluidificação das secreções e a hidratação.

- *Comunicação:*

A comunicação verbal é afetada, o tubo de traqueostomia encontra-se inserido no nível abaixo das cordas vocais, não existindo passagem de ar pelas mesmas de forma a criar som. A impossibilidade de falar cria sentimentos de frustração e medo, métodos alternativos de comunicação deverão ser promovidos, por exemplo através da linguagem escrita ou de imagens, recorrendo a cânula fenestrada e terapeuta da fala.

- *Descanulação:*

A troca de cânula com cuff para sem cuff deverá ocorrer ao terceiro dia facilitando os ensinamentos e a alta para o domicílio. A decisão de proceder a descanulação nas traqueostomias temporárias carece de uma equipa multidisciplinar e deve ser efetuada antes do 10.º dia. O risco de recanulação é muito elevado nas primeiras 24 horas, assim o cliente deverá ser informado do procedimento de forma a evitar a ansiedade e o medo (Freeman, 2011 e Mitchell *et al*, 2012).

## CONCLUSÃO

Profissionais de saúde com a adequada experiência em traqueostomias capazes de lidar com as mais diversas complicações deste procedimento, deveriam estar presentes nos serviços de saúde específicos onde as pessoas que necessitam de cuidados específicos neste âmbito recorrem. Enfermeiros capazes de dar resposta às necessidades dos clientes e suas famílias, por exemplo quando é necessário proceder à escolha do tubo de traqueostomia mais adequado, ou proceder simplesmente à sua troca, pois este procedimento necessita de conhecimento e de técnica específica (Vallamakundu e Visvanathan, 2011). O investimento na formação profissional, com atualização dos procedimentos periodicamente, caminhando para a uniformização dos mesmos ao nível das unidades de saúde só poderá resultar em ganhos de saúde, ou seja, na excelência dos cuidados de enfermagem.

O enfermeiro especialista na área médico-cirúrgica é dinamizador da “(...) educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de decodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem” (OE, 2011, p.8648). Neste sentido, pensamos que o presente artigo se torna um pequeno contributo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, visto que, vai de encontro aos enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados especializados na área de especialização em enfermagem em pessoa em situação crítica, nomeadamente: *na satisfação do cliente* em que “na procura permanente da excelência no exercício profissional,

o enfermeiro especialista procura os mais elevados níveis de satisfação da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica(...)”(OE, 2011, p.4); *na promoção da saúde* promovendo o “potencial de saúde da pessoa que vivenciou processos complexos de doença crítica”, assim como na “avaliação de ganhos em conhecimentos e capacidades visando a educação da pessoa/família para a gestão de processos complexos decorrentes da situação crítica” (p.4-5); *na prevenção de complicações*, “o enfermeiros especialista previne complicações para a saúde da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica (...) (p.5); *no bem-estar e auto cuidado* da pessoa o enfermeiro especialista maximiza o bem-estar dos clientes aplicando o “rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem especializadas” (p.6); *na readaptação funcional*, caminhando juntamente com o cliente o enfermeiro especialista promove “processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde” (p.6) e por último na *organização de cuidados especializados* onde vigora uma “política de formação contínua dos enfermeiros especialistas promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade da intervenção especializada” (OE, 2011, p. 7).

## BIBLIOGRAFIA

- Freeman, S (2011). *Care of adult patients with a temporary tracheostomy*. Nursing Standard. 26 (2) 49-56.
- Marisco, P. e Marisco, G. (2010). *Traqueostomia*. Pulmão RJ. 19 (1-2) 24-32.
- Mitchell, et al (2012). *Clinical Consensus Statement: Tracheostomy Care*. Otolaryngology – Head and Neck Surgery 148 (1), 6-20.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento n.º 122/2011 - Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista D.R. II (35) 8648- 8653.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. 1-8.
- Sousa, M. (2003). A formação contínua em enfermagem: estudo baseado nas perspectivas de enfermeiros. Nursing (175), 28-33.
- Vallamkondu, V. e Visvanathan, V. (2011). *Clinical review of adult tracheostomy*. Clinical Feature. 25 (5) 172-176.